

訪問介護 重要事項説明書

事業者名 寿湘ヶ丘居宅介護支援センター

1. 法人の概要

法人の名称	社会福祉法人むつみ福祉会
法人代表者の氏名	理事長
住所・電話番号	神奈川県秦野市千村497-1 0463-88-4150
事業の概要	社会福祉事業
事業所数	3施設（寿湘ヶ丘老人ホーム・菖蒲荘・むつみケアセンター）

2. 事業所の概要

事業所名	寿湘ヶ丘居宅介護支援センター
事業所番号	1472800075
所在地	秦野市千村497-1
電話番号	0463-88-5200
FAX番号	0463-88-7773
管理者	施設長
サービス提供責任者	常勤職員を2名配置
通常の実業実施地域	秦野市

3. 事業の目的と運営方針

社会福祉法人むつみ福祉会、寿湘ヶ丘居宅介護支援センターが行う指定訪問介護事業の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護者に対し、適正な指定訪問介護を提供することを目的とします。

- (1) 指定訪問介護の実施にあたっては、要介護者等利用者（以下「利用者」という）が可能な限りその居宅においてその有する能力に応じ自立した日常生活が営むことができるよう、日常生活上の世話及び介護を行うことにより利用者の社会的孤独感の解消や心身機能の維持並びに家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとします。
- (2) 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って指定訪問介護の提供します。
- (3) 事業の実施にあたっては、市町村、他の居宅サービス事業者、その他の保健、医療、福祉サービス機関との連携を図り、サービスの提供に努めます。

4. 営業時間

営業日	月曜日～日曜日まで及び祝日
休業日	年末年始（12/30～1/3）
営業時間	9：00～18：00
サービス提供時間	7：00～21：00

5. 従業者の勤務体制

(1) 管理者 1名

管理者は、従業員の管理及び業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うものとする。

(2) サービス提供責任者 2名（常勤）

訪問介護員 2. 5人以上（常勤換算）

6. 併設サービス

介護老人福祉施設、短期入所生活介護、通所介護、居宅介護支援

7. サービスの内容

①利用者の居宅（自宅）において介護福祉士その他政令で定める者を派遣して入浴・排泄・食事などの介護、その他の日常生活上の世話をを行うサービスです。

②事業者は次のサービス内容区分の中から指定の時間に応じて選択されたサービスを提供します。

《サービス内容》

起床介護 排泄介護 衣服の着脱介護 整容介助 身体の清拭・洗浄 入浴介助・洗髪 食事介助 体位交換 服薬管理の支援 外出時の介助 リネン交換 散歩 調理 洗濯 住居の掃除・整理整頓 買物 薬の受取 衣服の入替え その他

③サービス提供にあたっては、別途の「訪問介護計画書」に沿って計画的に提供します。

④サービス内容の詳細については、利用者の意向を確認したうえで実施します。

8. サービスの記録

指定訪問介護を提供した際には、「訪問介護記録書」に必要事項を記入し利用者または家族の確認を受けます。また、サービス記録は契約終了後5年間適正に保管し、申し出に対していつでも閲覧可能です。

9. 利用料金

① 厚生労働大臣が定める基準によるものであり法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定し、別紙の通りとします。

10. サービス利用に当たっての留意事項

① 利用者又は家族は、体調の変化があった際には事業所にご一報ください。

お休みされる場合は、なるべく事前に事業所へご連絡ください。当日に体調不良等でお休みされる場合は、8：00頃までにご連絡ください。

② 訪問介護員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

③ ヘルパーの交代を希望される場合には、できる限り対応致しますので、サービス提供責任者までご相談下さい。

④ 訪問介護員は医療行為や金銭等の取り扱いは致しかねますのでご了承ください。

⑤ 訪問介護員は介護保険制度上、利用者の介護や家事の準備等を行うこととされています。それ以外の業務（家族の食事の準備等）については介護保険外のサービスとなります。

1 1. 非常災害対策

非常災害に備えて、消防計画、風水害・地震等の自然災害に対処するための計画を作成し、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し定期的に従業員に周知します。

定期的に避難、通報その他必要な訓練を年2回以上行います。

1 2. 緊急時の対応

指定訪問介護の実施中に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに家族及び主治医、居宅介護支援事業者等への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

1 3. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、利用者家族、利用者に関わる居宅介護支援事業所等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況や事故の際にとった処置等について記録します。

サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を行います。

1 4. 秘密の保持と個人情報の保護について

従業者が業務上知り得たご利用者又はご家族の個人情報を正当な理由なく契約中及び契約終了後に第三者に漏らす事はありません。従業者でなくなった後についても同様とします。また、文書により利用者又はご家族に同意を得た上で、市町村や他の居宅介護支援事業所等に対して必要な情報を提供します。

1 5. 身体拘束の禁止

職員は、サービス提供にあたって、その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

1 6. 虐待の防止について

虐待の防止に努めるため、当施設では虐待防止のための指針を整備し、虐待防止委員会（責任者は管理者とする）を定期的に開催し、虐待防止のための研修を定期的に行います。虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、速やかに市町村等関係者に報告を行い、事実確認のために協力します。当該事案の発生の原因と再発防止策については、速やかに委員会にて協議し職員に周知徹底するとともに、市町村等関係者に報告を行い再発防止に努めます。

1 7. 従業者の研修

従業者の資質向上を図るための研修の機会を設けます。従業者のスキル向上や幅広い視野と目標を持ってサービスに携わることができるよう、研修等の機会は積極的かつ計画的に提供します。

1 8. 従業者の衛生管理

従業者の清潔の保持及び定期的な健康診断やストレスチェック診断等を行い、心身の状態について、必要な管理を行います。

19. 苦情相談窓口

*サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

① 当施設利用者相談窓口

窓口担当者 相談員（責任者）（寿湘ヶ丘居宅介護支援センター）
ご利用時間 8：30～17：30（年末年始を除く）
電話番号 0463-88-5200
FAX番号 0463-88-7773

*公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

② 秦野市福祉部高齢介護課

所在地 神奈川県秦野市桜町一丁目3番2号
電話番号 0463-82-9616（介護保険担当）
82-7394（在宅高齢者支援直通）
FAX番号 0463-84-0137
受付時間 8：30～17：00（年末年始を除く平日）

③ 神奈川県国民健康保険団体連合会

所在地 横浜市西区楠町27番地1
電話番号 045-329-3447（一般回線）（介護苦情相談係）
受付時間 8：30～17：15（土・日・祝・年末年始を除く）

④ かながわ福祉サービス運営適正化委員会

所在地 横浜市神奈川区反町3丁目17-2
電話番号 045-311-8861
受付時間 9：00～17：00 平日のみ（月曜日～金曜日）

*保険者が秦野市以外の方は別紙「神奈川県市町村別介護保険窓口一覧」をご参照ください。

指定訪問介護の契約にあたり、本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

令和 年 月 日

説明者： _____ 印

本書面の交付のうえ、事業者から指定訪問介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

住所： _____

利用者名： _____ 印 代筆者名： _____ 続柄 _____ 印

寿湘ヶ丘居宅介護支援センター 訪問介護

重要事項説明書・別紙（料金表）

令和6年4月1日から

■ 1割負担額

身体介護中心30分未満の場合	280円	生活援助中心20分以上45分未満の場合	206円
身体介護中心30分以上60分未満の場合	444円	生活援助中心45以上の場合	253円
身体介護中心60分以上90分未満の場合	651円		
上記の身体介護に引き続き30分以上の生活援助が中心である指定訪問介護を行った場合30分増す毎に		94円加算	

■ 2割負担額

身体介護中心30分未満の場合	559円	生活援助中心20分以上45分未満の場合	411円
身体介護中心30分以上60分未満の場合	888円	生活援助中心45以上の場合	505円
身体介護中心60分以上90分未満の場合	1310円		
上記の身体介護に引き続き30分以上の生活援助が中心である指定訪問介護を行った場合30分増す毎に		188円加算	

■ 3割負担額

身体介護中心30分未満の場合	838円	生活援助中心20分以上45分未満の場合	616円
身体介護中心30分以上60分未満の場合	1332円	生活援助中心45分以上の場合	757円
身体介護中心60分以上90分未満の場合	1951円		
上記の身体介護に引き続き30分以上の生活援助が中心である指定訪問介護を行った場合30分増す毎に		282円加算	

■ 利用料金

① 1月の合計金額（基本料金+加算料金）に介護職員処遇回線加算（I）（20.5%）が加算されます

② 上記①の金額に、地域区分加算（4.2%）が加算されます。

③ 初回加算 200単位

サービス提供責任者が初回もしくは同月内に訪問介護を行うか、または訪問介護員に同行した場合

上記内容の重要事項説明書・別紙（料金表）を交付され、説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

利用者名： _____ 代筆者名： _____ 続柄 _____