

総合事業 基準緩和訪問型サービス 重要事項説明書

◇訪問介護おしあげ（これ以降「事業所」と略します）の概要は、次のとおりです。

事業所名	訪問介護おしあげ	事業者名	株式会社リボン
事業所在地	糸魚川市南押上 1 丁目 3 番 11 号 025 (550) 1915	管理者	1人
電話番号		サービス提供責任者	5人
市指定年月日	平成27年 4月 1日	訪問介護員数（内訳下記）	19人
事業所番号	1571500329	介護福祉士	16人
営業日/時間・サービス提供日/時間	月～金（祝祭日、会社指定日除く）*下同 提供日/時間：365日*8:30～17:30	介護職員初任者研修修了者等	3人
通常の事業の実施地域	事業所より車でおよそ15分以内及び、能生駅より車でおよそ5分以内とする。 *継続的サービス提供に向け車移動が確実に確保される実施地域は、弊社対応マップで確認下さい。		

◇事業所が、利用者に提供するサービスの概要は、次のとおりです。

1 提供するサービスの内容；利用者に提供するサービスの内容は、新潟県条例の規定に基づいた糸魚川市が進める総合事業の訪問型サービスです。**基準緩和訪問型サービス**とは、利用者宅に伺い日常生活の支援を行うサービスです。営業日（利用相談等の対応日）及び、営業時間は、月曜日から金曜日（祝祭日及び、会社指定日を除く）の8:30～17:30までとします。

サービス提供日及び、サービス提供時間は、365日の8:30～17:30とします。利用者の希望があり事業所が必要と判断した場合、24時間対応可能な連絡体制をとるものとします。具体的には、次にあげる業務を行います。

【業務の概要】 掃除・洗濯・一般的調理・買物/薬の受取等、利用者の自立支援に向けた生活/見守りの援助をします。

＜基準緩和訪問型サービス : **提供時間 20分以上45分未満**>

＜基準緩和訪問型サービス : **提供時間 45分以上**>

【利用者に提供するサービス】

サービスの実施頻度は「介護予防サービス計画書」「介護予防ケアマネジメント」（これ以降「サービス計画等」と略します）において、以下の支給区分が位置付けられ1週間当りのサービス提供頻度が示されます。

これを踏まえ「**基準緩和訪問型サービス計画書**」（これ以降「個別計画書」と略します）において具体的な実施日、1回当りの時間数や実施内容等を定めます。

訪問型サービス区分	該当区分	サービス提供回数（週単位）
I（要支援Ⅰ・Ⅱ・事業対象者）	有・無	週1回 ※月4回まで
Ⅱ（要支援Ⅰ・Ⅱ・事業対象者）	有・無	週2回 ※月8回まで
Ⅲ（要支援Ⅱ・事業対象者）	有・無	週3回 ※月12回まで

【業務取扱い方針】

- (1) 利用者の身体の状況や家族の環境を踏まえ、地域包括支援センター、介護予防支援事業所の作成する「サービス計画等」と事業所の作成する「個別計画書」に従い、家庭においてできるだけ自立した生活が送れるよう「訪問型サービス」を提供します。
- (2) 訪問介護員は、一包化されていない処方箋薬の取扱いは、各法令にて禁止されております。配薬カレンダー等への配薬準備、訪問時の服薬は、一包化されたものしか取扱い出来ません。市販薬も利用者自身での対応が前提となりますので8項(2)も併せて確認の上、サービス提供に協力下さい。

2 担当のサービス提供責任者/訪問事業責任者（以降、サ責）及び、管理者
利用者を担当するサ責及び、その管理者は、次の職員です。

○サ責 氏名 _____ 資格 介護福祉士
 氏名 _____ 資格 介護福祉士

○管理者 氏名 大瀬 茜 連絡先 025 (550) 1915
相談や連絡がある場合には、連絡下さい。

3 利用料金

利用料金は、週単位の利用又は、1ヶ月ごとの定額制です。「サービス計画等」において位置付けられた支給区分によって次のとおりになります。下記の基本利用料は、糸魚川市で定めた金額です。利用料金が改定された場合は、自動的に改定されます。その場合は、事前に新しい基本利用料を書面（本重説）にて案内します。

1単位＝10円、利用者負担額は、その1割です。（一定以上所得がある場合は、2割又は、3割：毎年7月の介護保険負担割合証交付による）です。支給限度額を超えた分は、全額利用者の負担になります。

① 総合事業の基準緩和訪問型サービス利用の料金

サービス内容	算定項目				
	回数	利用料金	事業対象者	要支援1	要支援2
20分以上 45分未満	4回	7,160円	○	○	○
20分以上 45分未満	8回	14,320円	○	○	○
20分以上 45分未満	12回	21,480円	○	×	○
45分以上	4回	8,800円	○	○	○
45分以上	8回	17,600円	○	○	○
45分以上	12回	26,400円	○	×	○

② 加算等の料金；総合事業に基づき其々の内容が該当する場合に発生します。

加算等の種類	加算等の要件	加算等の額
夜間・早朝加算	夜間（午後6時～午後10時）又は、早朝（午前6時～午前8時）にサービスを提供した場合。	利用料*25%/回
深夜加算	深夜（午後10時～午前6時）にサービスを提供した場合。	利用料*50%/回
初回加算	新規に個別計画書を作成した利用者に対し、初回に実施した訪問介護と同月内にサ責が自ら訪問介護を行う場合又は、他の訪問介護員等が訪問型サービスを行う際に同行訪問した場合。	2,000円 （初回のみ）
生活機能向上連携加算	生活機能の向上を目的とし、担当の理学療法士等と共同で個別計画書を作成。及び、定期的に当該計画の効果を検証する場合。	1,000円/月
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	事業所が介護職員への賃金改善を実施している及び、キャリアパス要件・職場環境等に適合する事。	所定単位数（基本部分＋各種加算・減算） *24.5%の額
集合住宅居住に関する減算	事業所と同一又は、隣接する敷地内の集合住宅に居住する利用者20人以上にサービス提供する場合、利用者への減算。	基本所定単位*△10%を減算

③ 利用者負担額の算定例；支払していただく初回の利用者負担額は、概ね次のとおりです。

区分	サービスの内容	回数	利用料金	利用者負担額
介護保険費	①基本料金（45分未満*要支援 or 事業対象者）	回	円	円
	②基本料金（45分以上*要支援 or 事業対象者）	回	円	円
	③初回加算（初回のみ）	回	円	円
	④		円	円
	⑤中山間地域等提供体制加算 *①～④迄×5%（該当時）		円	円
A	所定単位の介護費用の合計 *①～④迄+⑤の計		円	円
B	介護職員処遇改善加算Ⅰ *A×24.5%		円	円
介護保険利用料金・利用者負担額（負担割合による）の各合計＝A+B			円	円

④ 支払い方法；以下の3つから選択して下さい。

口座引落し	サービス利用月の翌月29日に、利用者指定口座より引き落としします。別途、口座引落し事務手数料100円（税別）頂戴致します。
銀行振込	サービス利用月の翌月末日までに、下記の口座に振込願います。 第四北越銀行高田営業部 普通 1456909 (株)リボーン 代表取締役 飛田 尚文
現金支払い	サービスを利用された月の翌月末日迄に事業所にて現金で支払願います。

⑤ 利用料金の介護保険法のルール

-1. 月ごとの定額制となっている為、月の途中から利用開始及び、月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合は除いては、原則として日割り計算は、行いません。

- ・ 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
 - ・ 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
- 2. 月途中で要支援度が変更となった場合には、日割計算により夫々の単価に基づいて利用料を計算します。
- ⑥ 実費等料金；糸魚川市設定の総合事業の保険給付外ですので全額利用者の負担になります。
- ・ 交通費：利用者の居宅地が、通常の事業の実施地域外である場合のみ、徴収いたします。
 - ・ 食材費：生活用品等を購入した時の実費費用（但し、都度代金引換え基準）
- ⑦ 糸魚川市設定の保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額を負担いただく可能性があります。予定外のサービスを受ける希望がある場合は、あらかじめ担当の地域包括支援センター、介護予防支援事業所、管理者、サ責又は、訪問介護員に事前に相談下さい。

4 サービス利用の中止について

- (1) 利用者が、このサービスの利用をやめたい場合又は、利用者の都合による利用当日の中止については、手数料ですが出来る限り早めに2項の連絡先まで連絡下さい。
- (2) 利用者の都合でサービス利用日の当日に利用を中止する場合、訪問介護員が訪問してからの中止は、キャンセル料が発生します(利用内容を問わず、1,000円)。但し、利用者の体調の急変等、緊急のやむを得ない理由により利用を中止する場合は、キャンセル料を頂きません。

5 衛生管理等について

- (1) 利用者の使用する事業所、食器その他の設備又は引用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じます。
- (2) 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- (3) 事業所において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
- ①事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を6月に1回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底しています。
- ②事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ③職員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延防止のための訓練を定期的実施します。
- ④前項①から③までのほか、厚生労働大臣が定める感染症又は食中毒の発生が疑われる際の対応に関する手順に沿った対応を行います。

6 緊急時等における対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、別途提出いただいた主治医・家族等の連絡表を基に運営規程に定められた緊急時の対応手順で速やかに主治医への連絡等、必要な措置を講じます。

7 事故発生時・苦情・相談等の対応

サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、地域包括支援センター、介護予防支援事業所、市町村等に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。苦情・相談等についても同窓口で対応いたします。

8 非常災害時の対応

地震・風雪水害などの自然災害発生、または警報などが発令された場合には、サービスの提供を中止する場合があります。その場合は事業者から連絡します。

9 苦情相談窓口

- ① 訪問型サービスに対し、苦情・意見・要望等、遠慮なく相談窓口まで申し出て下さい。

窓口設置場所	訪問介護おしあげ
担当者	大瀬 茜
連絡先(電話番号)	025(550)1915

- ③ 事業所に対する苦情は、次の機関にも申し立てる事ができます。

苦情受付機関	連絡先(電話番号)
糸魚川市 福祉事務所	025(552)1511
新潟県国民健康保険団体連合会	025(285)3022

10 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 職員に対し業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

11 虐待の防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止する担当者を選定し、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、虐待防止のための指針の整備、虐待発生時の再発時の再発防止策の検討等を行い、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- (2) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修（年2回以上）を実施しています。
- (3) 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します。

12 身体拘束について

事業所は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意した上で、必要最小限の範囲内で行なうことがあります。その場合は、身体拘束の内容、目的、拘束の時間、経過観察や検討内容を記録、身体拘束廃止に向けた委員会を定期的開催し、検討内容を5年間保存します。

13 ハラスメント対策について

サービス利用期間中に、利用者、家族が暴力、ハラスメント行為を行った場合は、状況の改善や理解が得られない場合は、ご相談により契約を解除する場合があります。（叩く・蹴る・暴言で威嚇する・怒鳴る・身体を押さえつける・性的な発言をする等）

14 サービスの利用に当たって利用者が注意すべき事

- (1) 利用者が訪問介護員の交替を希望する場合、できる限り対応しますので上記の2項まで連絡下さい。
- (2) 訪問介護員は、次の業務は、各法令にて禁止事項で違反行為となりますので了承下さい。
 - ① 医療行為及び、医療補助行為又、一包化されていない処方箋薬の配薬及び、服薬（医師法17条他）
 - ② 本人財産/年金等、（生活支援に伴う都度代金引換買物以外）直接金銭の取扱い（民法/省令/通知等）
 - ③ 家族の方に対する食事の準備等、定められたサービス提供基準外の用務（介護保険法等）
- (3) 訪問介護員に対し贈り物、飲食物の提供は、お断りします。

15 その他運営にあたっての重要事項

事業者は、新潟県暴力団排除条例の基本理念に則り、事業所運営からの影響排除と適切な運営確保を図るものとします。

16 第三者評価の実施状況 あり・なし

【サービスの提供に先立って、上記のとおり説明します】

事業者名：株式会社 リボン 代表者職・氏名：代表取締役 飛田 尚文

事業所在地：糸魚川市南押上1丁目3番11号 事業所名：訪問介護おしあげ 説明者氏名：

【上記の内容について説明を受け、同意しました】

本契約同意の証として、本重要事項説明書を2通作成し、事業者記名、利用者及び、事業所説明者署名の上、利用者に交付し、それぞれ1通ずつを保有します。

説明同意日：令和 年 月 日

(利用者) ご住所：
お名前：

(身元引受人) ご住所：
お名前：

(代理人) ご住所：
お名前：

*続柄記名（ ）