

「大口社協訪問介護事業所」重要事項説明書

(介護予防・日常生活支援総合事業)

第1号訪問事業（基準型訪問サービス）

(大口町指定 第2375300056号)

事業所は利用者の方に対して介護予防・日常生活支援総合事業サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」と認定された方
基本チェックリスト判定の「事業対象者」の方が対象となります。

◇ ◆ 目 次 ◆ ◇

1.	事業者の概要	1
2.	事業所の概要	1
3.	事業の目的と運営の方針	1
4.	提供するサービスの内容	2
5.	営業日時	2
6.	事業所の職員体制	2
7.	管理者及びサービス提供者	2
8.	利用料	3
9.	事業継続に向けた取り組み	4
10.	虐待防止への対策	4
11.	身体拘束の適正化のための措置	4
12.	感染症対策について	5
13.	ハラスメントの防止	5
14.	緊急時における対応方法	5
15.	損害保険への加入	5
16.	事故発生時の対応	5
17.	苦情の受け付けについて	5
18.	サービスの利用にあたっての留意事項	6

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 大口町社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	〒480－0126 愛知県丹羽郡大口町伝右一丁目35番地
代表者（職名・氏名）	会長 大森 滋
設 立 年 月 日	昭和62年 7月 1日
電 話 番 号	0587－94－0060 FAX 0587－94－0059

2. 事業所の概要

ご利用事業所の名称	大口社協訪問介護事業所	
サービスの種類	第1号訪問事業（訪問介護相当サービス）	
事業所の所在地	〒480－0126 愛知県丹羽郡大口町伝右一丁目35番地	
電 話 番 号	0587－94－0060 FAX 0587－94－0059	
指定年月日・事業所番号	平成30年4月1日指定	2375300056
管理者の氏名	荒川 敏信	
通常の事業の実施地域	大口町全域	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、訪問介護相当サービスを提供することを目的とします。	
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者が要支援状態となることの予防、要支援状態の維持若しくは改善又は要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。	
利用者等の意見を把握する体制及び第三者による評価の実施状況等		
アンケート調査による利用者の意見などを把握する取組		<div>あり</div> ・なし
福祉サービス第三者評価の実施		あり・ <div>なし</div>

4. 提供するサービスの内容

第1号訪問事業（訪問介護相当サービス）は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排せつや食事等の介助、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世話をを行うサービスです。

具体的には、サービスの内容により、以下の区分に分けられます。

身体介護	利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助や専門的な援助を行います。 例) 起床介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭（せいしき）、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助など
生活援助	家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。 例) 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など

※上記のサービスは、例えば契約者が行う調理を訪問介護員が見守りながら又は、一緒に行なうなど、契約者がその有する能力を最大限活用することが出来る様に援助します。

5. 営業日時

事務所営業日 及び営業時間	月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分 (祝日・12月29日から1月3日除く)
サービス提供時間	年中無休 午前7時から午後8時30分

6. 事業所の職員体制 ※ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

訪問介護員の職種		常勤	非常勤
管理者		1人	
サービス提供責任者（1人以上）（訪問介護員再掲）		2人	1人
訪問介護員 (常勤換算/ 2.5人以上)	介護福祉士	3人	3人
	ヘルパー2級	人	3人
	介護職員初任者研修	人	人
	実務者研修	人	人

7. 管理者及びサービス提供責任者

事業所の管理者及びサービス提供責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理者の氏名	荒川 敏信
サービス提供責任者の氏名	石本 靖幸 ・ 林 志穂

8. 利用料（契約書第5条・6条参照）

サービスの基本料金は以下のとおりですが、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に記載された負担額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただきます。

（１） 第１号訪問事業（訪問介護相当サービス）の利用料は基本部分、加算部分の合計の額となります。

大口町地域区分 7級地 1単位→10.21円

【基本部分】※身体介護及び生活援助

サービス名称	サービスの内容	基本料金 (単位)	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
訪問介護 相当サービスⅠ (1月につき)	週1回程度のサービス が必要とされた場合 (事業対象者・要支援1・2)	1, 176位/月	1, 201円	2, 402円	3, 602円
訪問介護 相当サービスⅡ (1月につき)	週2回程度のサービス が必要とされた場合 (事業対象者・要支援1・2)	2, 349単位/月	2, 399円	4, 797円	7, 195円
訪問介護 相当サービスⅢ (1月につき)	週2回を超える程度の サービスが必要とされた場合 (事業対象者・要支援2)	3, 727単位/月	3, 806円	7, 611円	11, 416円

(注1) 上記の基本利用料は、大口町が定める訪問介護相当サービスの金額に相当する金額であり、金額が改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。

なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) サービス利用が月の途中に開始した場合、または終了した場合の月の料金については大口町が定める方法にて日割り算定致します。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本料金 (単位)	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
初回加算	新規に個別サービス計画を作成した利用者に対してサービス提供責任者が初回にサービスを提供した場合等	200単位	205円	409円	613円
生活機能向上 連携加算 (Ⅰ)	サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士の助言に基づき、生活機能向上を目的とした個別サービス計画を作成し、サービスを提供した場合	100単位	103円	205円	307円

生活機能向上 連携加算 (Ⅱ)	サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等と同行し、共同して利用者の身体の状態等を評価した上、生活機能向上を目的とした個別サービス計画を作成し、理学療法士等と連携してサービスを提供した場合	200単位	205円	409円	613円
口腔連携強化 加算	利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、1回/月算定	50単位	51円	102円	153円
※介護職員 処遇改善 加算Ⅴ(8)	当該加算の算定要件を満たす場合	上記基本部分と各種加算の 合計18.2%			

※印の区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(2) キャンセル料

第1号訪問事業（訪問介護相当サービス）は、利用料が月単位の定額制のため、キャンセル料は不要とします。

(3) 支払い方法

上記の利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、以下の方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書については、入金翌月の10日以降にお渡しします。

支払い方法	支払い要件等
金融機関（JA/銀行/信用金庫/郵便局）口座振替	サービスを利用した月の翌月の26日（土日祝日の場合は翌営業日）に、指定する口座より振替えさせていただきます。

9. 事業継続に向けた取り組み

事業所は非常災害や感染症の発生時において、利用者に対する事業の提供を継続的に実施するため、早期の事業再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、必要な措置を講じます。

10. 虐待防止への対策

事業所は利用者が他者からの不適切な扱いにより、権利利益を侵害される状態や生命、健康、生活が損なわれることのないように、虐待に関する正しい知識を持って適切な防止策を講じます。

虐待防止を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について事業所内で周知徹底します。

11. 身体拘束の適正化のための措置

事業所は利用者の尊厳と主体性を尊重し、身体拘束による精神的、身体的な機能を奪う危険があるため、身体拘束等に関する正しい知識を持って適切な防止策を講じます。

身体拘束等に関する委員会を定期的に開催し、その結果について事業所内で周知徹底します。

12. 感染症対策について

事業所は感染症の発生及びまん延しないように、また利用者・家族及び職員の安全の確保を講じます。

感染症の予防及びまん延の防止に関する委員会を定期的開催し、その結果について事業所内で周知徹底します。

衛生管理として職員の定期的な健康診断の継続、また事業所内の設備、備品等の管理に努めます。

13. ハラスメントの防止

事業所はサービス提供中に優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える行為等に対し、介護現場で働く職員の安全確保と、安心して働き続けられる労働環境を築けるよう、ハラスメントの防止に向けて取り組みます。

- (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
- (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめる行為
- (3) 性的な誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

利用者及び家族等から故意に暴力等の法令違反、その他著しく常識を逸脱した場合は、サービス利用契約を解除します（契約書参照）。

14. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

15. 損害賠償保険への加入（契約書第11条参照）

事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	損害保険ジャパン日本興亜株式会社
保険名	賠償責任保険

16. 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、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）及び大口町等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

17. 苦情の受け付けについて（契約書第13条参照）

(1) 苦情の受付

サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	苦情受付窓口	(担当者) 石本 靖幸
	電話番号	0587-94-0060 FAX 0587-94-0059
	苦情受付時間	事業所の営業日及び営業時間に同じ
	苦情解決責任者	(事務局長) 三輪 典幸

(2) 第三者委員

本事業所では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。契約者は、本事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

氏 名	連 絡 先
笹山 恵子	大口町新宮一丁目 51 番地 電話番号 0587-95-2960
原 幸子	大口町さつきヶ丘二丁目 306 番地 電話番号 0587-95-4747

(3) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦 情 受 付 機 関	大口町役場 健康福祉部 長寿ふくし課	所在地	大口町伝右一丁目35番地
		電話番号	0587-94-0051 FAX 0587-94-0052
		受付時間	月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分 (祝日・12月29日～1月3日は除く)
	犬山市役所 健康福祉部 高齢者支援課	所在地	犬山市大字犬山字東畑36
		電話番号	0568-44-0326 FAX 0568-44-0364
		受付時間	月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分 (祝日・12月29日～1月3日は除く)
	小牧市役所 福祉部 介護保険課	所在地	小牧市堀の内三丁目1番地
		電話番号	0568-76-1197 FAX 0568-76-4595
		受付時間	月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分 (祝日・12月29日～1月3日は除く) 月曜日
	愛知県 国民健康保険 団体連合会 介護福祉室	所在地	愛知県名古屋市東区一丁目6番5号
		電話番号	052-971-4165 FAX 052-962-8870
		受付時間	月曜日～金曜日 午前9時～午後5時 (祝日・12月29日～1月3日は除く)

18. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。
 - ① 医療行為及び医療補助行為
 - ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
 - ③ 他の家族の方に対する食事の準備 など
- (2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、早めには当事業所の担当者又は、担当介護支援専門員へご連絡ください。

令和 年 月 日

訪問介護相当サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明をしました。

大口社協訪問介護事業所 氏 名 _____ ㊞

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、訪問介護相当サービスの提供に同意しました。

利 用 者 住 所 愛知県丹羽郡大口町 _____

氏 名 _____ ㊞

代 筆 者

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

(利用者との続柄)

代 理 人

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

(利用者との続柄)