

訪問介護サービス重要事項説明書

(介護予防・日常生活支援総合事業第一号訪問事業含む)

ふく満ホームヘルプサービス事業所 <平成30年4月1日から適用>

当事業者はご契約者に対して訪問介護サービスを提供します。利用される事業所の概要や、提供されるサービスの内容について、次の通り説明します。

1 事業者概要

事業者名称	ふく満ホームヘルプサービス事業所
主たる事務所の所在地	南砺市福光1045番地
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 田中 幹夫
管理者	富田 満理子
電話番号	0763-53-0055 FAX0763-53-1131

介護保険法令に基づき富山県知事から指定を受けている事業所名称(指定番号)	ふく満ホームヘルプサービス事業所 1672100185
サービスの種類	訪問介護

2 事業の目的と運営方針

- (1) 要支援・要介護状態の利用者に可能な限りその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利用者の自立を支援し、生活の質の向上に資するサービス提供を行うため身体介護・その他生活援助にわたる援助を行うものとする。
- (2) 利用者の要支援・要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。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たサービス提供に努めるものとする。
- (3) 事業の実施にあたっては、主治医及び保健医療サービスを提供する者との密接な連携を図り、居宅介護支援事業者や地域包括ケアセンター・地域包括ケア課とも連携し総合的なサービスの提供に努めます。

3 利用事業所

通常の事業の実施地域	南砺市の福光地域
------------	----------

4 利用事業所の職員体制

職 種	常勤	非常勤	計
(1) 管理者	1 (兼)		1
(2) サービス提供責任者	2 (兼)		2
(3) ヘルパー	4 (兼)	5 (兼)	9

※ 必要がある場合は、定員を超えて又はその他の職員を兼務でおくことができる。

5 営業時間

営業日	年中無休
営業時間	8時00分～18時00分

6 提供するサービス

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。	入浴介助、排せつ介助、食事介助、服薬介助、自立生活支援のための見守りの援助等
生活援助	家事を行うことが困難な利用者に対して日常生活の援助を行います。	調理、洗濯、掃除、買い物郵便投函、薬の受け取り等

○対象外サービス

以下のような内容は「訪問介護」のサービスに含まれません。

- ・利用者本人以外の家族のお世話
- ・草むしり、花木の手入れ
- ・来客の対応や留守番
- ・ペットのお世話
- ・洗車 等

7 利用料金

介護保険対象サービス料金の負担割合については、介護保険負担割合証に基づき記載された負担割合を乗じた金額をお支払いいただきます。

○介護予防・日常生活支援総合事業第一号訪問事業（要支援1・2対象の方）

訪問型サービス（Ⅰ）	週1回程度の訪問介護が必要とされた方	11,680円／月
訪問型サービス（Ⅱ）	週2回程度の訪問介護が必要とされた方	23,350円／月
訪問型サービス（Ⅲ）	週2回以上の訪問介護が必要とされた方	37,040円／月

○介護保険給付対象サービス（要介護1～5対象の方）（利用1回につき）

身体介護

20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 (30分毎に+80単位)
1,650円	2,480円	3,940円	5,750円 (30分毎+830円)

生活援助

20分以上 45分未満	45分以上
1,810円	2,230円

身体介護に引き続き生活援助を行う場合（生活援助）

20分以上	45分以上	70分以上
660円	1,320円	1,980円

- ・料金設定の基本時間は実際のサービス提供時間でなく、利用者の居宅サービス計画に定められた時間を基準とします。
- ・厚生労働大臣が定める要件（*）で、かつ契約者または利用者の同意を得て2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。（介護予防は除く）
- *厚生労働大臣が定める要件（複数派遣について）
 - イ. 利用者の身体的理由により1人の訪問介護職員等による介護が困難と認められる場合。
 - ロ. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合。
 - ハ. その他利用者の状況等から判断して、イまたはロに準ずると認められる場合。

○加算

・特定事業所加算

サービスの質の高い事業所を積極的に評価する観点から、人材の質の確保やヘルパーの活動環境整備、中重度者への対応などを行っている事業所に加算されます。

	要件	加算（利用者負担等）額
特定事業所加算（Ⅰ）	体制要件、人材要件に適合、 重度対応要件に適合	基本単位数の20%を加算
特定事業所加算（Ⅱ）	体制要件、人材要件に適合	基本単位数の10%を加算
特定事業所加算（Ⅲ）	体制要件、重度対応要件に適合	基本単位数の10%を加算

・初回加算 2,000円/月

新規に訪問介護計画を作成し、サービス提供責任者が初回若しくは属する月に訪問介護を行った場合、又はその他の訪問介護員が訪問介護を行った際に同行した場合に加算されます。過去2ヶ月に指定訪問介護の提供を受けていない場合、次回利用時は初回加算の対象となります。

・緊急時訪問介護加算 1,000円/回（介護予防を除く）

利用者、家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネージャーと連携を図り、居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を緊急に行った場合に加算されます。

・生活機能向上連携加算（Ⅰ） 1,000円/月

訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数 200 床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師から助言（アセスメント・カンファレス）を受けられる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画（変更）することを定期的に行うこと。

○支給限度額管理の対象外加算

・中山間地等に居住する方へのサービス提供加算

通常の事業実施地域（南砺市の福光地域）を越えてサービスを行った場合に 所定単位数の5%を加算した料金をいただきます。

※所定単位数とは、基本サービス費に各種加算を加えた総単位数です。

・介護職員処遇改善加算

介護職員の処遇改善として、安定的人材の確保及び資質向上の取組、雇用管理や労働環境の改善の取組みを行う事業所を対象に、所定単位数の13.7%加算されます。

※介護保険給付の支給限度額を超える場合は、全額自己負担になります。

○介護保険対象外サービス

障害者総合支援法に係る居宅介護、重度訪問介護、同行援護
生活管理指導員派遣事業、南砺市障害者移動支援事業

8 サービス利用料金の支払い

(1) 利用者は、要介護度に応じて所定の料金体系に基づいたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分（自己負担分：介護保険負担割合証による）を事業者を支払うものとします。

(2) サービスに関する利用料金は、原則として翌月27日（金融機関が休日の場合はその翌日）に指定の口座から自動口座引き落としを行います。

(3) 介護保険支給限度額を超えた場合は、全額自己負担となります。

※要介護度が確定していない場合や預金口座振替依頼の手続きが遅れた場合は口座振替が遅れる場合がありますのでご了承下さい。

9 苦情等の受付

(1) 当事業所のサービスに関する相談、要望、苦情等は下記までお申し出ください。

苦情受付	ふく満ホームヘルプサービス事業所 電話番号 (0763) 53-0055 担当者 片田 文代 小西 俊美
------	--

(2) 行政機関その他苦情受付機関

南砺市地域包括ケアセンター 南砺市地域包括医療ケア部 地域包括ケア課 長寿介護係	所在地 〒932-0293 南砺市北川 166 番地 1 電話番号 (0763) 23-2034・FAX (0763)82-4657 受付時間 8:30~17:15 (平日)
富山県国民健康保険 団体連合会	所在地 〒930-8538 富山市下野字豆田 995 番地の 3 電話番号 (076) 431-9833・FAX (076) 431-9834 受付時間 9:00~17:00 (平日)
富山県福祉サービス運営 適正化委員会	所在地 〒930-0094 富山市安住町 5 番 21 号 電話番号 (076) 432-3280 受付時間 9:00~16:00 (平日)
砺波地方介護保険組合	所在地 〒939-1392 砺波市栄町 7 番 3 号 電話番号 (0763) 34-8333・FAX (0763) 34-8334 受付時間 8:30~17:00 (平日)

10 緊急時の対応方法

利用者の状態に急変が生じた場合は、速やかに利用者の家族、主治医若しくは協力医療機関に連絡をとり、指示を得て対処するものとします。緊急連絡先・主治医等に関する連絡先はケースファイル作成時にお聞きします。

11 事故発生時の対応

(1) 利用者に対する指定訪問介護の提供により事故が発生した場合は、速やかに市、当該利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとします。

(2) 利用者に対する指定訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、誠意をもって対応し、損害賠償を行うものとします。

※サービス利用契約における、サービス利用の際の留意事項を含む。

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名 サービス提供責任者 氏名_____）から上記重要な事項の説明を受けたことを確認します。

平成_____年_____月_____日

利用者 (甲)	住所	〒 _____		
	氏名			⑩
	電話番号	() _____	FAX	() _____
	私は、本人に代わり、上記署名を行いました。 私は、本人の意思を確認しました。			
	本人との関係		署名を代行した理由	
	住所	〒 _____		
	氏名			⑩
	電話番号	() _____	FAX	() _____

事業者 (乙)	当事業者は、指定訪問介護事業者として甲の申込を受諾し、この重要事項説明書に定める訪問介護サービスについて誠実に責任を持って行います。			
	所在地	〒 939-1518 富山県南砺市松原678番地1		
	名称	社会福祉法人福寿会		
	代表者名	理事長 田中 幹夫	⑩	
	電話番号	(0763) 23-2910	FAX	(0763) 23-2911