

訪問介護重要事項説明書

1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 042-500-2588

担当 管理者またはサービス提供責任者

☆ご不明な点は何でもお尋ね下さい。

2. ふそうケアサービス（訪問介護）の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所	ふそうケアサービス 指定訪問介護事業所
所在地	東京都昭島市緑町3丁目5番8号
サービス提供地域	昭島市・立川市砂川1・2丁目・一番町1・2丁目
	福生市二宮、牛浜、志茂、大字熊川

☆上記以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(2) 同事業所の職員体制

令和 年 月 日現在

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者		1名	名	事業所運営管理	1名
サービス提供責任者	介護福祉士・看護師	名	名	コーディネート全般	名
従事者	介護福祉士	名	名	訪問介護業務	名
	養成講習1級修了者	名	名	訪問介護業務	名
	養成講習2級修了者	名	名	訪問介護業務	名

(3) 営業日・・・月～土 9:00～18:00（日曜日と12月30日から1月3日までを除く）

サービス提供時間帯

月・火・水・木・金・土曜日（日曜日と12月30日から1月3日までを除く）

時間区分	通常時間帯	早朝	夜間	備考
時間帯	8:00～18:00	6:00～8:00	18:00～22:00	
平日	○	○	○	
土曜	○	○	○	

☆時間帯により料金が異なります。

3. サービス内容

(1) 身体介護

食事介助

入浴介助（洗身、洗髪等）

排泄介助（トイレ誘導、後始末、おむつ交換等）

清拭（背中、陰部等の清拭、足浴、手指浴等）等

(2)生活援助

買い物、調理、掃除、洗濯(洗濯物干し・畳むなど)等

(3)身体介護、生活援助の両方を行う場合は、その時間に応じた割合でサービスを行います。

4. 利用料金

(1)利用料※利用料には介護職員処遇改善加算Ⅲ(介護報酬の1.82%)が加算されます。

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金の1割または2割、3割負担分となりますが但し、介護保険の給付の範囲を超えたサービス料金は、全額お客様の負担となります。

(料金表の一例) *1割負担の場合

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	90分以上 30分増す毎
保険単位数	179 単位	268 単位	426 単位	624 単位	90 単位
基本料金	1,940 円	2,905 円	4,617 円	6,764 円	975 円
利用者負担額	194 円	291 円	462 円	677 円	98 円

生活援助	20分以上 45分未満	45分以上	身体介護に引き続き生活援助を行う場合		
			20分以上	45分以上	70分以上
保険単位数	197 単位	242 単位	65 単位	130 単位	195 単位
基本料金	2,135 円	2,623 円	704 円	1,409 円	2,113 円
利用者負担額	214 円	263 円	71 円	141 円	212 円

① 初回時、月額2,168円の初回加算が付きます。

また、2ヶ月ご利用がなくサービスを再開された場合は、再契約し初回加算が付きます。

② お客様やご家族からの要請を受けて、介護支援専門員が認めた時に、居宅サービス計画書にない身体介護を行った場合、緊急時訪問介護加算として1,084円かかります。

この時のお客様の負担額は109円(1,084円の1割)になります。

③ 基本料金に対して、早朝(午前6時～午前8時)夜間(午後6時～午後10時)帯は、上記料金の25%増しとなります。

④ 上記の料金設定の基本となる時間は、お客様の居宅サービス計画(ケアプラン)に定められた目安の時間を基準とします。

⑤ やむを得ない事情で、かつ、お客様の同意を得て2名で訪問した場合は、2名分の料金となります。

⑥ 介護保険の改正があった場合、当社の料金体制は国が定める介護給付費(介護報酬)に準拠するものと今後、改正時は新規料金表の配布をもって対応させていただきます。

⑦ パステルライフ昭島にお住まいの方は同一建物減算が適用されますので上記単価は10%減額になります。

(2)交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域への交通費は無料です。

それ以外の地域へのサービス提供については、当事業所の従業員がお伺いする為の交通費を実費にて頂戴します。金額については、別途運営規程に定めます。

(3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金を頂きます。サービスの中止が必要となった場合は、至急ご連絡下さい。(連絡先：042-500-2588)

ご利用の前日17時までにご連絡を頂いた場合	無 料
上記の時間以降にご連絡を頂いた場合	1,000円

※当日、訪問介護員が訪問時に利用者ご本人が不在だった場合は、サービスの提供が出来ない為キャンセル料を頂きます。

(4) その他

①お客様のお住まいでサービスを提供する為に必要な水道・ガス・電気及び電話等の費用は、お客様の負担となります。

②料金のお支払方法

毎月10日までに前月分の請求を致しますので、10日以降のお支払いとなります。

お支払い方法は郵便局振替又は、現金払いでお願い致します。受領確認後、領収証を発行します。

郵便局振替は毎月15日となります。15日が土日祝日の場合は翌日に引き

落とすとなります。現金払いの方は、社員が集金にお伺いします。

ただし、パステルライフ昭島にお住まいの方は、パステルライフ昭島の利用料と一緒にご請求させていただきますので、現金でお支払いの方はパステルライフ昭島の事務所にてお支払い

下さい。引き落としの方は翌月1日の引き落としになりますが、引き落としの確認がとれた後に領収書を発行します。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

サービスの提供の依頼を受けた後、契約を結び「居宅サービス計画」に沿った「訪問介護計画書」を作成して、サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員と御相談下さい。

(2) サービスの終了

①お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書又は口頭でお申し付け下さい。

②当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書にて通知致します。

③自動終了

以下の場合は、双方の文書がなくても自動的にサービスを終了致します。

- ・お客様が介護保険施設等に2ヶ月以上入所した場合
- ・お客様が病院等に2ヶ月以上入院した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
- ・お客様が亡くなられた場合及び被保険者資格を喪失した場合

④その他

- ・当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・事業者が守秘義務に反した場合
- ・お客様やご家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・当社が破産した場合

お客様は文書で解約を通知する事により、サービスが終了する事が出来ます。
 お客様がサービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず、10日以内に支払わない場合は、文書で通知する事により、すぐにサービスを終了させて頂く場合があります。

6. 当社の訪問介護サービスの特徴等

(1) 運営方針

事業所の介護員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事が出来るよう、入浴・排泄・食事の介護及びその他の生活全般にわたる援助を行う。

(2) サービス提供の為に当事業所では次のことを行っています。

事 項	備 考
訪問介護員の変更の可否	変更希望の方はお申し出下さい。
従業員への研修の実施	
サービスマニュアルの作成	
個人情報の使用同意書	
保険加入	

7. 秘密の保持

- (1) 事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に洩らしません。この守秘義務は契約の終了後も同様です。
- (2) 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議に於いて、該当家族の個人情報を用いません。

8. サービス内容に関する苦情

- ① 当社のお客様相談 苦情担当：古田 忠・黒田博恵・遠間有紀子・堀口美佐子
 電話 042-500-2588

I 利用者からの相談又は苦情などに対応する常設の窓口

苦情処理の窓口を以下のとおり設置する。

- 1) 窓口設置場所 住 所：東京都昭島市緑町3丁目5番8号
 事業所名：ふそうケアサービス訪問介護 電話番号：042-500-2588
- 2) 窓口開設時間：午前9時から午後6時
- 3) 対応者役職名：サービス提供責任者
- 4) 対応者氏名：古田 忠・黒田博恵・遠間有紀子・堀口美佐子
- 5) その他：事業の休業日及び窓口開設時間外は、上記電話番号から携帯電話に自動転送されます。

II 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制及び手順

(1) 相談及び苦情の対応

相談又は苦情電話があった場合は、原則として管理者が対応する。
 管理者が対応できない場合は、他職員が対応し、その旨を管理者に速やかに報告する。

(2) 確認事項

相談対応者は以下の事項について確認を行う。

- 1) 相談又は苦情のあった利用者の氏名
- 2) 提供したサービスの種類、年月日及び時間
- 3) サービス提供した職員の氏名(利用者が分る場合)
- 4) 具体的な苦情・相談内容
- 5) その他参考となる事項

(3) 相談及び苦情処理回答期限の説明

相談及び苦情の相手に対し、対応した職員の氏名を名乗ると共に、相談・苦情内容に対する回答期限を説明する。

(4) 相談及び苦情処理

概ね以下の手順により、相談・苦情について処理する。

- ①管理者を中心として相談・苦情処理のための会議を開催し、以下の内容を議論する。
 - ・サービスを提供した者からの概況説明
 - ・問題点の洗い出し、整理及び今後の改善についての検討
 - ・文書による回答案の検討
- ②文書により回答を作成し、利用者に対し管理者が事情説明を直接行った上で、文書を渡す。
- ③利用者に渡した文書と同様の文書を居宅介護支援事業者にも渡し、苦情又は相談の状況について報告する。
- ④市町村や国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行ったことを報告する。
- ⑤事業実施マニュアルに改善点を追記し全職員に周知することで、再発の防止を図る。

Ⅲ その他参考事項

サービスの提供に当たり、利用マニュアルにおいて接遇などを徹底する他、適宜研修を実施し、より利用者の立場に立ったサービス提供を心がけるよう職員指導を行う。苦情が出された場合は、誠意を持って対応するものとし、苦情まで至らないケースであっても、利用者から相談・要望を受けた場合は、事例検討の検討材料として今後のサービスの向上に努めることとする。
また、利用者に満足いただけるようなサービスを提供できるよう、職員の健康管理にも十分配慮する。

② その他受付窓口

- ・東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口
電話 03-6238-0177 (直通)
受付時間(土・日・祝祭日を除く) 午前9時～午後5時まで
- ・昭島市役所 介護保険課
電話 042-544-5111
受付時間(土・日・祝祭日を除く) 午前9時～午後5時まで

9. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者

サービス提供責任者・黒田 博恵

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

10. ハラスメントの防止について

事業者は、職場におけるハラスメント及び利用者等からのハラスメントに対して、適切な措置を講じます。

11. 非常災害等対策について

事業者は、非常その他緊急の事態に備え、執るべき措置について事業継続計画を策定し、職員及び利用者等に周知徹底を図るため、定期的に避難訓練などを実施しています。

事業継続計画は、以下の2つの事態に対応するものとします。

①非常災害時

②感染症蔓延時

上記について、定期的な訓練・研修等を行う

12. 事故発生時の対応

①指定訪問介護事業者は、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、区市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係わる居宅介護支援事業者等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

②指定訪問介護事業所は、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、損害賠償を速やかに行います。

13. 緊急時の対応

事業者は、現に訪問介護の提供を行っている時に利用者の病状の急変が生じた場合やその他必要な場合は家族及び緊急連絡先へ連絡する共に、直ちに主治医に連絡を取るなど必要な措置を講じます。

14. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
	結果の開示	1 あり 2 なし	
② なし			

15. 当社の概要

名称	法人種別	扶桑管理サービス(株)
代表者役職	氏名	代表取締役 石岡 純
本社所在地		東京都昭島市昭和町1丁目13番10号
電話番号		042-545-0617

定款に定めた事業	1. 訪問介護 2. 居宅介護支援 その他
----------	-----------------------------

令和 年 月 日

16. その他

契約をする場合は以下の確認をします。

訪問介護の提供開始にあたり、契約書及び本書面に基づいて重要な事項の説明を行ないます。

事業者	
所在地	東京都昭島市緑町3丁目5番8号
名称	ふそうケアサービス 東京都指定訪問介護事業所 ㊞
事業者番号	(1374000311)

私は契約書及び本書面により、事業者から訪問介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者
氏名 _____ 印

家族または代理人
氏名 _____ 印

利用者との関係 _____