訪問介護重要事項説明書

1 事業所の概要

事業者の名称	社会福祉法人 道志村社会福祉協議会
事業所名	ヘルパーステーション「どうし」
所在地	山梨県南都留郡道志村 9334 番地 道志村福祉交流センターゆいのわ
事業所番号	1971300965(山梨県指定:令和7年4月1日)
代表者氏名	出 羽 和 平
管理者氏名	山口かおり
連絡先	0 5 5 4 - 5 2 - 2 0 7 2
実施地域	道志村内

2 職員体制

管理者	山口かおり
サービス提供責任者	山 口 咲 子
訪問介護員	4名(内1名、サービス提供責任者兼務)

3 営業日等

	営業日	営業時間	
事務所対応	月曜日~金曜日	8:30~17:15	
訪問日・時間	月曜日~金曜日	8:30~17:15	
休日連絡先	080-3554-2072		

4 事業の目的及び運営方針

事業の目的	道志村社会福祉協議会が運営するヘルパーステーション「どうし」
	(以下「事業所」という。)において実施する指定訪問介護事業(以
	下「事業」という。)の適切な運営を確保するために必要な人員及び
	運営管理に関する事項を定め、要介護状態にある利用者に対し、指
	定訪問介護の円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び人

	格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定訪問介護の提供を目
	的とする。
運営方針	1 事業所が実施する事業は、利用者が可能な限りその居宅におい
20/12/	て、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよ
	うに配慮して、身体介護その他の生活全般にわたる援助を行うもの
	とする。
	2 事業の実施に当たっては、利用者の要介護状態の軽減もしくは
	悪化の防止に資するように目標を設定し、計画的に行い、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 事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、地域包括
	支援センター、他の居宅サービス・保健医療福祉サービスを提供す
	る事業者との連携に努めるものとする。

5 提供するサービスの内容について

① 訪問介護計画の作成

利用者に係る居宅訪問介護支援事業者が作成した居宅サービス計画(ケアプラン)に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた訪問介護計画を作成します。

② 訪問介護

区分	サービス内容
身体介護	食事介助、排泄介助、入浴介助、体位交換、移動介
	助、更衣介助、身体整容、服薬介助、自立支援のため の見守り援助等
生活援助	買い物、調理、掃除、洗濯、通院等

③ 実施記録作成

6 サービス利用に関する注意事項

(1) サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。ただし、実際のサービス提供に当たっては、複数の訪問介護員がサービスを提供します。

- ① 利用者から特定の訪問介護員を指名することはできません。
- ② 選任された訪問介護員の交替を希望する場合時には、とうがい訪問介護員が業務上不適応と認められる事情、その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。

(2) 実施時の留意事項

- ① 利用者は、「当事業所が提供するサービス」で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。
- ② 訪問介護サービスの実施に関する指示・命令は全て事業者が行います。 ただし、事業者は訪問介護サービスの実施にあたって利用者の事情・意

向等に十分配慮するものとする。

- ③ 訪問介護サービスの実施のために必要な経費(水道・ガス・電気・電話)は利用者が負担となります。
- ④ 介護保険サービスに該当しない行為は実施できません
 - ・訪問介護が行われなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断 される行為
 - ・日常的に行われる家事の範囲を超える行為

(3) サービス内容の変更

サービス利用の当日に、利用者の体調不良等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合、事業者は介護計画に沿った支援に変更し、その内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

7 料金(利用者一割負担額)

身体介護中心

311716011						
サービス	20 分未満	20分~	30分~	1時間以上~		
提供時間		30分	1時間未満	1時間30分		
				未満		
利用料金	163 円	244 円	387 円	567 円		

生活援助中心

サービス提供	20 分~45 分未満	45 分以上
利用料金	179 円	220 円

(1)特別地域加算

道志村は山梨県における特別地域となり、単位加算します。

- (2) 緊急時訪問介護加算
- (3) 初回加算
 - ① 新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、同月内にサービス提供 責任者が初回訪問もしくは訪問介護サービス(同行を含む)を行った際 に 200 単位加算します。
 - ② 過去2か月間、訪問介護サービスの提供がなかった場合(入院、入所等で)、訪問介護サービスの再開を行う際には上記と同様に200単位加算します。

(4)介護職員処遇改善加算(Ⅱ)

利用者やその家族等から要請を受けて、サービス提供責任者が介護支援専門員と連携を図り、介護支援専門員が必要と認めた場合に居宅サービス計画にない訪問介護サービス(身体介護)を行った場合、1回について 100 単位加算します。

8 利用料金の支払い方法

原則は利用者から申し出ていただいた指定金融機関の口座から引き落としさせていただきます。ただし、残高不足等で引き落としができなかった場合には請求月の翌月に再度引き落としを行います。また、2度に渡り引き落としができなかった場合には、自動的に現金払いに移行するものとします。

- (1)請求の通知はサービス提供月の翌月15日前後に送付します。また、引き落とし及び集金は毎月25日前後とさせていただきます。
- (2) 中止の場合は、サービス提供日の前日の17時までに電話連絡をすることとします。連絡がない場合は、取消料をいただくことがあります。

9 契約の終了

利用者から終了する	1週間以上の予告期間を設けて契約の解約をすること		
場合	ができます。		
事業所から終了する	利用者が利用料金の支払いを2か月以上遅延し、事業		
場合	所からまた、支払うように勧告したにも関わらず 10		
	日以内に支払われない場合、また遅延に伴う分納計画		
	書(事業所が作成し提示したもの)に同意したにも関		
	わらず、支払い指定日より1か月以上支払われない場		
	合。		
自動的に終了する場	利用者が介護保険施設に入所する場合		
合	要介護認定者が非該当と認定された場合		
	利用者が死亡した場合		

10 事故発生時について

サービスの提供によって、事故が生じた場合、速やかに市町村、利用者家 族等に連絡し、必要な措置を講じます。

賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

11 虐待防止について

当事業所は虐待防止に関する責任者を管理者とし、虐待防止マニュアルを 作成しています。職員には虐待防止に関する研修を年1回実施し、発生を 防止するとともに、発見した際は速やかに市町村へ通告します。

(1)身体拘束

当事業所は身体拘束を行いません。ただし、以下の3つの条件がすべて該当する場合に限り、利用者および家族に対して説明し、同意を得たうえでやむを得ず行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び対応について記録を行います。

① 利用者本人またはほかの利用者等の生命または身体が危険にさらされる

可能性が著しく高い場合。

- ② 身体拘束、その他の行動制限を行う以外に代替する方法がない場合。
- ③ 身体拘束その他の行動制限が一時的なものである場合。

12 BCP (業務継続計画) について

- (1) 災害や感染症等の発生における、利用者に対する継続的なサービス提供の実施や中断時における早期の業務再開手順等、災害時における業務継続の方法を定めたBCP(業務継続計画)を策定します
- (2) BCPの定期的な見直しを行います。
- (3)職員に対して周知を行い、年1回の研修を行います。

13 衛生管理

- (1) 訪問介護員の清潔保持、健康状態について必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備や備品等について、衛星管理に努めます。
- (3) 事業所において感染症の予防、まん延防止のための対策を検討する委員会を開催します。

14 サービス提供に関する相談・苦情窓口

(1) 当事業所

苦情受付担当者	受付時間 平日9時00分から午後5時
	山口 咲子
	電話 0554-52-2072
苦情解決責任者	受付時間 平日9時~5時15分
	管理者 山口かおり
	電 話 0554-52-2113

(3) 他機関

道志村役場	所在地 道志村 6181-1
住民健康課	電話 0554-52-2113
介護保険担当	受付時間 平日8時30分~5時15分
山梨県社会福祉協議会	所在地 甲府市北新 1-2-12
	山梨県福祉プラザ4階
	受付時間 平日8時30分~5時15分
国民健康保険団体連合会	所在地 甲府市蓬沢 1-15-35
	受付時間 水曜日 9時~4時

15 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

第三者評価	西実施の有無	無	実施した直近の年月日	無
-------	--------	---	------------	---

実施した評価機関の名称	無	評価の結果の開示	無
令和 年 月 日			
Wall of the A. officer	DD 1.1 DE		
指定訪問介護サービスの提供 <i>の</i>	開始に際	《し、本書面に基づき重要事功	貝の説明を
行いました。			
道志村社会福祉協議会へれ	ノパーステ	ーション「どうし」	
运心们压力阻止励 成为 96		V 3 V 1 C 7 U]	
説明者職名	氏名	I	印
			_ `
私は、本書面に基づき事業者から重要事項の説明を受け、指定訪問介護サー			
ビスの提供開始に同意いたします。			
41m サハン			
利用者住所			
	丘	名	臼
	<u> </u>	11	_H³
代筆・代理した場合は代筆者	・代理者	行の氏名と利用者との関係と理	里由を記載
してください。			
(代筆・代理)			
	住 所		
	氏 名		<u> </u>
	田田 15:		
	関係		
	理由		
	<u>*</u> Ш		