

社会福祉法人 大阪キリスト教女子青年福祉会
シャロン千里ヘルパーステーション
指定訪問介護 重要事項説明書

(2020年 4月 1日現在)

1. 事業の目的と運営の方針

(目的)

社会福祉法人大阪キリスト教女子青年福祉会が設置経営するシャロン千里ヘルパーステーション(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)の適正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ることにより、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確保することを目的とします。

(運営の方針)

この事業所が実施する事業は、利用者が要介護状態となった場合においても、可能な限りその居宅において、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います。

- 事業にあたっては、必要な時に必要な訪問介護の提供ができるように努めます。
- 事業にあたっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。
- 前2項のほか、「吹田市介護保険法施行条例(平成25年吹田市条例第7号)第3条に定める指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」の内容を遵守し、事業を実施します。

2. 訪問介護事業所の概要

(1) 事業所の名称等

- 名称 シャロン千里ヘルパーステーション：介護保険指定番号 2771600695
- 所在地 大阪府吹田市古江台3-9-3
- 管理者 松嶋 博美

(2) 通常の実地の実施地域

吹田市古江台、青山台、津雲台、高野台、佐竹台、竹見台、千里山西、千里山竹園、春日、桃山台、山田北、上山田、藤白台、千里山月が丘、千里山高塚、千里山松が丘、千里山霧が丘、千里山星が丘、千里山虹が丘、千里山東、山田西の区域とします。

(3) 当事業所の職員体制

従業者	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者 サービス提供責任者	介護福祉士	1名	0名	所属職員の指導監督 介護計画作成・技術指導・調整	1名
訪問介護員	介護福祉士	0名	7名	訪問介護の提供	7名
	初任者研修修了者 (旧2級修了者含む)	0名	5名		5名

(4) 事業所の営業日及び営業時間

- ① 営業日 月曜日から土曜日までとします。(祝日を含む)
但し、12月29日～1月3日は特別休日とします。
- ② 営業時間 午前7時～午後7時までとします。
- ③ 上記の営業日、営業時間のほか、電話等により24時間常時連絡が可能な体制とします。

3. サービス内容

(指定訪問介護の内容) この事業所で行う指定訪問介護の内容は次のとおりとします

- (1) 訪問介護計画の作成
- (2) 身体介護に関する内容
 - ①食事の介護 ②排泄の介護 ③衣類着脱の介護 ④入浴の介護 ⑤身体の清拭、洗髪
 - ⑥その他必要な身体の介護
- (3) 生活援助に関する内容
 - ①調理 ②衣類の洗濯、補修 ③住居等の掃除、整理整頓 ④生活必需品の買い物
 - ⑤その他必要な家事
- (4) 介護相談

4. 秘密の保持と個人情報の保護について

- (1) 利用者、その家族に関する秘密の保持について
事業者は、サービスの提供をする上で知り得た、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漏らしません。
この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。
- (2) 個人情報の保護について
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等において、利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で用いません。
事業者は、利用者とその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、注意を持って管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止します。

5. 高齢者虐待防止について

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

- (1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- (2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

虐待防止に関する責任者	管理者 松嶋 博美
-------------	-----------

6. 利用料金

(1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本利用料（料金表）の1割です。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

※平成30年8月より一定以上の所得のある65歳以上の方は、利用者負担が「2割」又は「3割」になります。

【介護給付費単位数・単位の単価】 (1単位×10.84円)

身体介護 中心	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 1時間30分未満	1時間30分以上 30分増すごと
単位数	166単位	249単位	395単位	577単位	+83単位
基本利用料	1,799円	2,699円	4,281円	6,254円	+899円
自己負担	180円	270円	429円	626円	+90円

生活援助 中心	20分以上 45分未満	45分以上
単位数	182単位	224単位
基本利用料	1,972円	2,428円
自己負担	198円	243円

※基本利用料に対して、早朝（午前6時～8時）・夜間（午後6時～10時）は25%増し、
深夜（午後10時～午前6時）は50%増しとなります。

※やむを得ない事情で、かつ、利用者の同意を得て二人で訪問した場合は、二人分の料金となります。

※上表の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者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。

※事業所の所在する建物と同一または隣接する敷地内の建物や、事業所と同一の建物内に居住する利用者は基本利用料が90/100となります。

（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る）

加算	単位数	利用料	自己負担
初回加算	200単位	2,168円	217円
緊急時訪問加算	100単位	1,084円	109円
生活機能向上連携加算Ⅰ	100単位	1,084円	109円
生活機能向上連携加算Ⅱ	200単位	2,168円	217円
特定事業所加算Ⅰ	所定単位数の20%		
特定事業所加算Ⅱ	所定単位数の10%		
特定事業所加算Ⅲ	所定単位数の10%		
特定事業所加算Ⅳ	所定単位数の5%		
介護職員処遇改善加算Ⅲ	各単位数合計の5.5%		

① 初回加算

新規に訪問介護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もしくは初回訪問に属する月に自ら訪問介護を行った場合、又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行した場合。

② 緊急時訪問加算

利用者やその家族から要請を受けて、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時にサービス提供責任者又は他の訪問介護員等が居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行った場合。

③ 生活機能向上連携加算Ⅰ

サービス提供責任者が、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション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の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成し、当該訪問介護計画に基づく指定訪問介護を行ったときは、初回の当該指定訪問介護が行われた日の属する月に、所定単位数を加算する。

④ 生活機能向上連携加算Ⅱ

利用者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション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の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション等の一環として当該利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する等により、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と利用者の身体の状態等の評価を共同して行い、かつ、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画書を作成した場合であって、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と連携し、当該訪問介護計画に基づく指定訪問介護を行ったときは、初回の当該指定訪問介護が行われた日の属する月以降3月の間、1月につき所定単位数を加算する。ただし③を算定している場合は、算定しない。

⑤ 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、人材の質の確保や介護職員の活動環境の整備、重度要介護者への対応などを行っている事業所と認められた場合。「体制要件」「人材要件」「重度対応要件」それぞれについて、一定の法定基準に適合した場合。

- ・ 特定事業所加算 Ⅰ 体制要件+人材要件+重度対応要件
- ・ 特定事業所加算 Ⅱ 体制要件+人材要件
- ・ 特定事業所加算 Ⅲ 体制要件+重度対応要件
- ・ 特定事業所加算 Ⅳ 体制要件+ (新)人材要件+ (新)重度対応要件

⑥ 介護職員処遇改善加算Ⅲ

介護職員の処遇を改善するために、賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所と認められた場合。

(2) 交通費

事業実施地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、実費を徴収します。尚、自動車を使用した場合の交通費は、事業所から片道10km未満1,000円となります。以後5kmを超えるごとに500円を加算します。

(3) キャンセルについて

前日の17:00までに申し出があった場合	無料
前日の17:00までに申し出がなかった場合	基本利用料の50%

(注) 月曜日のキャンセルは前週の土曜日17:00迄です。

(4) その他

- ① 利用者のお住まいで、サービスを提供するために使用する水道、ガス、電気等の費用は、利用者様の負担となります。
- ② 通院介助や買い物などで交通機関を利用した場合、サービス従業者の交通費は利用者様のご負担となります。

7. 利用料、その他の請求、支払い方法

利用料、その他の費用の請求	<p>ア 利用料、その他の費用は利用者負担のあるサービス提供者ごとに計算し、利用のあった月の合計金額により請求します。</p> <p>イ 請求書は、利用明細を添えて利用のあった月の翌月 20 日までに利用者あてにお届けします。</p> <p>請求額のない月はお届けいたしません。</p>
利用料、その他の費用の支払い方法	<p>ア 利用者負担のあるサービス提供の都度お渡しする利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の 25 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。</p> <p>① 事業者指定口座への振込み</p> <p>② 事業者指定機関への自動振替</p> <p>③ 現金払い</p> <p>イ お支払いを確認しましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。</p>

※利用料、その他の支払いについて、支払期日から 2 ヶ月以上延滞し、さらに支払いの督促から 14 日以内にお支払いのない場合は、契約を解除したうえ、未払い分をお支払いいただくことになります。

8. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、家族、居宅支援事業者等へ連絡をします。

主治医	氏名	
	連絡先	
家族	氏名	
	連絡先	

9. 事故発生時の対応

当事業所が利用者に対して行う訪問介護の提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市長村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当事業所が利用者に対して行った訪問介護の提供により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。

10. 衛生管理

- (1) 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 指定訪問介護事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

1.1. サービス内容に関する苦情、相談について

苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し事情の確認や聞き取りを行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。

相談担当者は、把握した状況を管理者と共に検討を行い、今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行い、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

(1) 当ヘルパーステーション相談・苦情窓口 06-6872-0685

担当： 管理者 ・ サービス提供責任者 松嶋 博美

(2) 行政機関その他苦情受付機関

苦情受付機関名	連絡先
吹田市役所 高齢福祉室 介護保険グループ	所在地 吹田市泉町1-3-40 電話番号 06-6384-1341 FAX 06-6368-7348 受付時間 午前9時～午後5時半(土日・祝日を除く)
大阪府国民健康保険 団体連合会	所在地 大阪府中央区常盤町1-3-8 電話番号 06-6949-5446 FAX 06-6949-5417 受付時間 午前9時～午後5時(土日・祝日を除く)
大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 大阪府中央区谷町7-4-15 大阪府社会福祉会館5階 電話番号 06-6191-3150 FAX 06-6191-5660 受付時間 午前9時～午後5時(土日・祝日を除く)
第三者委員	氏名 大岡 真知子 住所 吹田市高野台5-4-11 氏名 辻 加代 住所 吹田市千里山東2-17 D404

1.2. 第三者評価

提供するサービスの第三者評価の実施無し。

1.3. 当訪問介護事業所を開設する法人の概要

事業者名称	社会福祉法人 大阪キリスト教女子青年福祉会 (大阪 YWCA)
代表者名	理事長 朝川 晃子
本部所在地 (連絡先)	大阪府北区神山町11-12 TEL 06-6361-0838 FAX 06-6361-2997

年 月 日

訪問介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所

所在地 大阪府吹田市古江台3-9-3
名称 シャロン千里ヘルパーステーション

説明者 松 嶋 博 美 印

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

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

2020年4月