

訪問介護重要事項説明書

< 令和6年4月1日現在 >

1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 5629-5177 (午前9時～午後6時まで)

担当 狩野 仁美

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. オリーブ介護サービス 亀有の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	オリーブ介護サービス 亀有		
所在地	葛飾区亀有三丁目16番15号		
介護保険指定番号	・訪問介護	(東京都 1372201978号)	
	・その他のサービス	・居宅介護支援 (東京都 1372201960号)	
サービスを提供する地域 *	葛飾区・足立区		

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	介護福祉士	1名()			
サービス提供責任者	介護福祉士	5名()	名()		名()
訪問介護員	介護福祉士	3名()	2名()		名()
訪問介護員	2級・初任者修了	名()	15名()		名()
事務職員		1名()	名()		名()
従事者	介護福祉士	7名()	5名()		名()
	1～2級修了者	名()	7名()		名()
	初任者研修修了者	1名()	3名()		名()

(3) サービスの提供時間帯

	通常時間帯	早朝	夜間	深夜	備考
	9:00～18:00	6:00～9:00	18:00～22:00	22:00～6:00	
平日	○	応相談	応相談		
土・日・祭日	応相談	応相談	応相談		

* 時間帯により料金が異なります。

(4) 休業日

受付窓口は、土曜・日曜・祭日および、12月30日、31日、1月1日～3日は休ませていただきます。

なお、介護サービスは年中無休です。

3. サービス内容

(1) 身体介護

・食事介助	食事の介助で、全面介助、一部介助または見守りがあり、配膳から後片付けまで含まれます。
・入浴介助	浴槽への誘導や見守り、入浴中の洗浄などを行います。但し、本人が全く自立できない場合などには、入浴サービスなどの他のサービスが必要です。
・排泄介助	おむつ交換、失禁の世話、採尿器や差し込み便器の介助、トイレやポータブルトイレへの移動介助または見守りや誘導などを行います。
・清拭	身体を清潔に保つため、全身または部分的に体を拭くことです。整髪、手浴、足浴など頭髪や手足を直接洗うことも含まれます。
・体位変換	褥創の防止などのために、一日何回か体位変換を行う際に介助を行います。

・通院介助	身体状況に合わせて行います
・買物同行	歩行介助または車いすにより通院の送り迎えを行います。医師の指示が得られる場合は病院内では歩行介助や見守りを行います。
・買物同行	歩行介助または車いすにより行います。

(2) 生活援助

・買物	日用品や食料品など生活必需品の買い物を行います。買い物に伴う金銭管理には十分注意し、常に利用者の確認を得ながら行います。利用者宅から買い物に出かけることが原則ですが、派遣時間との関係などにより訪問前に買い物を行う場合は、利用者やサービス提供者などと十分相談し、買い物の内容や金銭管理について確認の上行います。
・調理	利用者のための食事の調理、配膳、食後の後片付け、食品の管理を行います。利用者以外の家族などの調理は含まれません。
・掃除	家屋内の掃除、ゴミ捨て、布団干し、日常生活用品などの整理整頓などを行います。住居内の場所は、利用者が日常に使用している居室・台所・トイレなどです。
・洗濯	日常的な衣類の洗濯、乾燥、洗濯物の取り込み、整理、小物のアイロンかけの他ボタン付けや衣類のほつれの修繕など、専門的技術が必要なく短時間でできる範囲内の補修を行います。

(3) その他のサービス

・介護相談	訪問介護に関するご相談をお受けいたします。営業時間内にお電話またはご来社の上、ご相談ください。ご相談は無料です。
-------	--

4. 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下記、基本料金表より「介護負担割合証」の負担割に準じてお支払頂きます。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。

【 料金表 - 基本料金・昼間 - 】

サービス内容		単位数	10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
身体介護	20分未満(身体0)	163	1,858円	186円	372円	558円
	20分以上30分未満(身体1)	244	2,781円	279円	557円	835円
	30分以上60分未満(身体2)	387	4,411円	442円	883円	1,324円
	60分以上90分未満(身体3)	567	6,463円	647円	1,293円	1,939円
	90分を越えて30分増すごとに	82	934円	94円	187円	281円
援生活助	20分以上45分未満(生活2)	179	2,040円	204円	408円	612円
	45分以上(生活3)	220	2,508円	251円	502円	753円
活続身 中き体 心生に	20分以上45分未満(生活2)	65	741円	75円	149円	223円
	45分以上(生活3)	130	1,482円	149円	297円	445円
	上限	195	2,223円	223円	445円	667円

* 処遇改善加算(2024年4月利用分～2024年5月末まで利用分)

介護職員処遇改善加算 I	総単位数×13.7%
介護職員等特定処遇改善加算 II	総単位数×4.2%
介護職員ベースアップ支援加算	総単位数×2.4%

* 上記の3つの加算は2024年5月末に廃止となり、6月以降は下記の加算に統合されます。

処遇改善加算(2024年6月利用分～)

介護職員等処遇改善加算 II	総単位数×22.4%
----------------	------------

* 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25%増し、深夜(午後10時～午前6時)は50%増しとなります。

* 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、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。

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

(2) 交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、訪問がおたずねするための交通費の実費が必要です。

(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。キャンセルが必要となった場合は、下記の料金を頂きます。キャンセルが必要となった場合は、サービス提供の24時間前までにご連絡ください。

(連絡先 電話5629-5177)

・前日の営業時間中にご連絡をいただいた場合(土・日曜日・祝日は除く)

・上記の時間以降の連絡または直前連絡の場合、ご不在の場合

(4) その他

① お客様の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用はお客様の負担となります。

② 料金のお支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、27日までにお支払いください。

お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、現金集金、口座自動引き落としいずれかをご契約の際に選べます。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。

訪問介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(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1週間まえまでに文書でお申し出ください。

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いただく場合がございます。

その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・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
- ・お客様がお亡くなりになった場合

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、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が廃業した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・お客様が、サービス利用料金の支払を2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族などが当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6. 当社の訪問介護サービスの特徴等

(1) 運営の方針

地域の皆様の信頼にお応えできる、質の高い親切なサービスを心がけております。サービス提供にあ利用者の方のご意向に沿ったサービスを、介護支援専門員と相談しながら行います。

(2) サービス利用のために

事項	有無	備考
ホームヘルパーの変更の可否	○	変更を希望される方はお申し出ください
男性ヘルパーの有無	×	
従業員への研修の実施	○	定期的に ヘルパー研修会を行います
サービスマニュアルの作成	○	
その他		

7. 緊急時及び事故発生時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族居宅介護支援事業所、行政等(区役所等)に連絡し、その経緯を記録に残します。家族、区役所にも報告いたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

8. 秘密保持

事業者及び事業者の使用する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及び家族に関する情報正当な理由なく、第3者に漏らしません。また、サービス担当者会議で利用者、家族の個人情報を用いる場合は、文書により当該家族の同意を得るものとします。

9. 賠償責任

事業者はサービス提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

10. サービス提供における事業者の義務

感染症の予防及びまん延防止のため次の措置を講じます。

- (1) 感染症の予防及びまん延防止のための従業者に対する研修及び訓練の実施
- (2) その他、感染症の予防及びまん延防止のために必要な措置(委員会の開催・指針整備等)

11. 虐待の防止のための措置

利用者の人権の擁護、虐待の防止の観点から、虐待の発生またはその再発を防止するため次の措置

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族から苦情処理体制の整備
- (3) その他、虐待防止のために必要な措置(委員会の開催、指針整備等)

事業所はサービス提供中に虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを区市町村に通報するものとします。

12. 雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保

男女雇用機会均等法によりハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策のため、次の措置を講じます。

- (1) 従業者に対するハラスメント指針の周知・啓発
- (2) 従業者からの相談に応じ、適切に対処するための体制の整備
- (3) その他、ハラスメント防止のために必要な措置

13. 業務継続計画(BCP)の策定等

感染症や非常災害の発生時において、業務を継続的に実施、再開するための計画を策定し、必要研修及び訓練を定期的に行うなどの措置を講じます。(令和6年4月1日まで経過措置期間とする)

14. その他運営についての留意事項

(1)指定訪問介護事業所は、訪問介護員等の資質向上を図るため、研修の機会を次のとおり設け業務体制を整備します。

- ① 採用時研修 採用後3か月以内
- ② 継続研修 年2回

(2)従業員は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。

(3)従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員でな後に後においても、これらの秘密を保持すべき旨に従業者との雇用契約の内容とします。

(4)この規定に定める事項のほか、運営に関する重要事項は有限会社ケアシスと事業所の管理者との基づいて定めるものとします。

附則 この規定は、令和3年4月1日から施行する。

15. サービスに関する苦情

- ① 当社お客さま相談・苦情担当

管理者 狩野 仁美

電話 5629-5177

受付時間 9:00~18:00

- ② その他

当社以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

葛飾区

担当 介護保険課

電話 3695-1111(代表)

足立区

担当 基幹介護支援センター

電話 5681-3373

東京都国民健康保険団体連合会

16. 当社の相担当 相談窓口

電話 6238-0177

名称・法人種別 有限会社 ケアシス

代表者役職・氏名 代表取締役 勅使河原 潤

本社所在地・電話番号 東京都葛飾区亀有三丁目16番15号

定款の目的に定めた主な事業 介護保険法による訪問介護事業及び居宅介護支援事業

営業所数等 訪問介護 1ヵ所

居宅介護支援 1ヵ所

障害相談支援 1ヵ所

----- 契約をする場合は以下の確認をすること -----

令和 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および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 葛飾区亀有3-16-15

名称 オリーブ介護サービス 亀有

説明者氏名 _____

私は、契約書および本書面により、事業者から訪問介護についての「重要事項」の説明を受け、サービスの提供開始に同意いたします。

利用者 住所

氏名 _____

利用者自身が判断を下せない状況になった場合は、私が身元引受人として判断・対応します。
(契約時において判断が下せない場合、下記の方をご契約当事者とさせていただきます。)

(代理人) 住所

氏名 _____