

指定訪問介護・第一号訪問事業 重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要支援状態等、又は要介護状態にある方に対し、適正な指定訪問介護、又は第一号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）（以下、「サービス」という）を提供することにより要支援状態等、要介護状態の維持・改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業者の内容

(1) 提供できるサービスの地域

事業所名	訪問介護ふたば
指定番号	群馬県1070300205号
所在地	群馬県桐生市広沢町1丁目2643番地の1
管理者	諸井 直彦
電話番号	0277-54-8909
FAX番号	0277-54-8903
サービスを提供する地域	桐生市

(2) 事業所の従業者体制

管理者	業務の一元的な管理	1名
サービス提供責任者		1名以上（常勤換算）
訪問介護員等	訪問介護の提供	3名以上（常勤換算） （常勤1名以上はサービス提供責任者と兼務）

(3) 訪問時間

月曜～金曜日（ただし、年末年始を除く）8時30分～17時30分

3. サービスの内容

(1) 身体介護

① 食事介助

食事の介助で、全面介助、一部介助又は見守りをを行います。配膳から下膳まで含まれます。

② 入浴介助

浴室への誘導や見守り、入浴中の洗身等を行います。ただし、本人が全く自力で移動ができない場合等には、体を拭く（清拭）などします。

③ 排泄介助

おむつ交換、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又は見守り、誘導を行います。

④ 清拭

身体を清潔に保つため、全身又は部分的に身体を拭きます。

⑤ 体位交換

褥創の防止のために、一日何回か体位変換を行う際の介助を行います。

⑥ 着脱介助

衣服の着脱の介助を行います。利用者が自分で行えるように配慮しながら行います。

⑦ 整容介助

身繕いを介助します。整髪、美容、爪切り等が含まれます。

(2) 生活援助

① 買物

日用品や食料品など生活必需品の買物を行います。買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。利用者宅から買物に出かけることが原則ですが、派遣時間との関係等により訪問前に買物を行う場合は、利用者やサービス提供責任者等と十分相談し、買物の内容や金銭管理について確認のうえ行います。

② 調理

利用者のための食事の調理、配膳、食後の後片づけ、食品の管理を行います。利用者以外の家族等の食事の調理は提供できません。

③ 掃除

居室等の掃除、布団干し、日常生活用品等の整理整頓等を行います。居室等とは、利用者が日常生活に使用している部屋、台所、トイレ、風呂場等です。

④ 洗濯

日常的な衣類の洗濯、乾燥、洗濯物の取り込み整理、小物のアイロンがけのほか、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です。（ご家族分の洗濯は行いません。）

⑤ 衣類の入れ替え

季節の変わり目における衣服の入れ替え、寝具の交換等を行います。

(3) 乗降介助(要介護のみ)

通院乗降の介助を行います

4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該指定訪問介護、又は第一号訪問事業が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。（別表のとおり）

介護報酬告示

- ・ 指定訪問介護（特定事業所加算Ⅱ）
- ・ 第一号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）

その他の費用

- ・ 自家用有償運送旅客運送（福祉有償運送）の利用費用につきましては別紙の料金表のとおりです。
- ・ キャンセル料

利用予定日の前日の営業時間内までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日の営業時間内までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日の営業時間内までに申し出がなかった場合	当日のサービス利用料金の自己負担相当額

5. サービス利用に当たっての留意事項

- ①利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業者にご一報ください。
- ②事業所では、原則として利用者宅の鍵のお預かりはいたしません。鍵の取り扱いについては、利用者又はその家族とご相談させていただきます。
- ③従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

6. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ防災計画を作成し、防災計画に基づき、従業者等の訓練を行います。

7. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医、及びご家族への連絡等必要な措置を講じます。

8. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

9. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。
また、退職後においてもこれらの秘密を保守するべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

10. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

11. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

12. 虐待防止に関する事項

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) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業

者に周知徹底を図ります。

- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対する虐待防止のための研修を定期的実施します。
- (4) その他虐待の防止のために必要な措置。

13. 業務継続計画の策定

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずるものとします。

- (1) 事業者は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとします。
- (2) 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

14. 苦情相談窓口

(1) 当サービスにおける苦情の受付

当サービスにおける苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

窓口担当者 深津 尚美（訪問介護ふたば サービス提供責任者）

ご利用時間：月～金曜日 8時30分～17時30分

ご利用方法 電話 0277-54-8909

また、「皆様の声」（ご意見箱）を設置しています。

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

・桐生市保健福祉部長寿支援課

所在地：群馬県桐生市織姫町1-1

電話番号：0277-46-1111（代）内線391, 392, 393 FAX番号：0277-45-2940

受付時間：8時30分～17時15分（土日、祝日を除く）

・群馬県国民健康保険団体連合会

所在地：群馬県前橋市元総社町335-8（群馬県市町村会館内）

電話番号：027-290-1363（代） FAX番号：027-255-5308；5309（代）

受付時間：8時30分～17時15分（土日、祝日を除く）

・群馬県社会福祉協議会

所在地：群馬県前橋市新前橋町13-12（群馬県社会福祉総合センター内）

電話番号：027-255-6033 FAX番号：027-255-6173

受付時間：8時30分～17時15分（土日、祝日を除く）

(3) 苦情処理第三者委員

田中 久仁雄（連絡先 0277-52-5516）

富所 榮子（連絡先 0277-53-9637）

※公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

◇緊急時の連絡先

緊急の場合には、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

15. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご利用者様に生じた損害については、事業者は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

16. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施状況：未実施

令和 年 月 日

指定訪問介護、又は第一号訪問事業の開始に当たり、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交付しました。

<事業者>

所在地 群馬県桐生市広沢町1丁目2643番地の1

事業所名 訪問介護ふたば（指定番号1070300205号）

説明者 サービス提供責任者 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定訪問介護、又は第一号訪問事業について重要な事項の説明を受け同意しました。

<契約者（利用者）>

住所 _____

氏名 _____ 印

<代理人>

住所 _____

氏名 _____ 印（続柄 _____）