

秋田おばこ農業協同組合の指定相当訪問型サービス・第一号訪問事業 にかかる重要事項説明書

1 事業者

(主たる事業者所在地)

秋田おばこ農業協同組合 秋田県大仙市佐野町5番5号

2 事業の目的と運営方針

(目的)

介護支援が必要と認定されたご利用者のケアプランに基づき、当事業所の介護職員等による介護サービスを実施します。介護職員等は、介護支援が必要と認定されたご利用者の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう指定相当訪問型サービス・第1号訪問事業を通じて援助を行います。

(方針)

- ご利用者に喜ばれ、一人ひとりを大切にするサービスを提供します。
- 人間らしく生きることを大切にするサービスを提供します。
- ご利用者本位のサービスを提供します。
- 目配り、気配りを忘れず笑顔あふれるサービスを提供します。

3 サービス提供事業（ご利用事業所）

介護予防訪問介護相当サービス 第1号訪問事業	介護保険事業所番号	0572601425 号	
	住 所	秋田県大仙市大曲通町8番68号	
	管理者名・連絡電話番号	日野原 剛	TEL 0187-86-0898
	サービス提供地域	大仙市・美郷町・仙北市	

4 ご利用事業所の職員体制

職 種（資格）		人 員			
管理者		1 名			
サービス提供責任者		3 名			
訪問 介護員	介護福祉士	9 名（常勤	0 名、非常勤	9 名）	
	ホームヘルパー1級	2 名（常勤	0 名、非常勤	2 名）	
	ホームヘルパー2級	3 名（常勤	0 名、非常勤	3 名）	
	介護職員初任者研修	1 名（常勤	1 名、非常勤	0 名）	

5 営業日・営業時間

営業日は、年末年始（12/31～1/3）を除く毎日です。営業時間は以下の通りです。

平 日	土曜日	休祭日
8：30～17：30	8：30～17：30	8：30～17：30

上記時間以外での対応もご相談に応じます。

6 サービス利用基本料金および利用者負担

(1) 指定相当訪問型サービス 1ヶ月につき

利用者負担金は、介護保険関係法令で定める介護給付費の1割または2割または3割を負担していただきます。利用基本料金は、関係法令に従い以下のとおりです。

サービス利用基本料金 1割負担の場合のご利用者負担金

① 一月につき

週1回程度	週2回程度	週3回程度
1, 176円/月	2, 349円/月	3, 727円/月

② 一回につき

標準的なサービス	20分から45分の生活援助	45分以上の生活援助	短時間の身体介護
287円/回	179円/回	220円/回	163円/回

②の利用については上限を3,727円とする。

各種加算

個々の状況に応じて算定される加算となります。

加算	単価	算定要件
初回加算	200円/月	新規に指定相当訪問型サービス計画書を作成した利用者に対してサービス提供責任者が初回若しくは指定相当訪問型サービスを行った日の属する月に指定相当訪問型サービスを行った場合若しくは訪問介護員へ同行した場合
緊急時訪問介護加算	100円/回	利用者又はその家族等からの要請に基づき、サービス提供責任者が居宅介護支援事業所の介護支援専門員と連携し、介護支援専門員が必要と認めた場合に、訪問介護員等が居宅サービス計画において計画的に訪問することになっていない訪問介護を緊急に行った場合
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100円/月	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書を作成し、計画に基づく訪問介護を行った場合
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200円/月	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、指定リハビリテーション等の一環として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等の状況を共同して行い、かつ生活機能向上を目的として訪問介護計画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、計画に基づく訪問介護を行った場合
2人訪問介護加算	200%	①利用者の身体的理由により1人の訪問介護員等による介護が困難と認められる場合 ②暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合 その他の利用者の状況等から判断して①又は②に準ずると認められる場合
夜間・早朝加算	25% (夜間又は早朝) 50% (深夜)	居宅介護サービス計画または訪問介護計画、サービスの開始時刻が夜間(午後6時から午後10時まで)、深夜(午後10時～午前6時)、早朝(午前6時から午前8時まで)にある場合
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	24.5%	介護職員等の確保に向けて、介護職員の処遇改善ができるように、当該基準に準ずる区分に従い単位数を所定単位に加算する。

(2) 介護保険給付限度額超過の場合

要支援度別に定められている介護保険給付限度額を超過するサービス提供分については、超過分につき全額自己負担となります。

(3) 利用者負担金等の支払

月末締切の翌月 20 日（ただし、20 日が休日の場合は翌営業日とする）とし、原則として、契約者（または代理人）名義の金融機関口座振替（振替依頼書に基づく）で処理させていただきます。やむをえず認定前にサービスを受けた場合など「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料の全額を事業者に支払い、利用者はその後市町村から保険給付分（7 割または 8 割または 9 割）を受けとることになります。

(4) キャンセル

利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに（2 日前までに）次の連絡先までご連絡ください。

キャンセル連絡先	TEL 0187-86-0898
----------	------------------

7 個別サービス計画（基準緩和サービスを除く）の作成とサービス記録

- ① 事業者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、個別サービス計画を作成し、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、同意を得ます。
- ② 事業者は、個別サービス計画の作成後、実施状況の把握を行い、利用者又は家族等の同意を得て必要に応じて計画の変更を行います。

8 苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

J A 介護事業相談窓口でお受けした内容については、速やかに対応策について検討し、その内容をご説明します。またその対応手順・内容について記録し評価（利用者聞きとり）します。

苦情相談窓口	TEL 0187-86-0898 （対応者・日野原 剛）
大曲仙北広域市町村圏組合 介護保険事務所	TEL 0187-86-3910 大仙市高梨字田茂木 10
秋田県国民健康保険団体連合会	TEL 018-883-1550 秋田市山王四丁目 2-3
大仙市高齢者包括支援センター	TEL 0187-63-1111 大仙市大曲花園町 1-1
仙北市役所長寿支援課	TEL 0187-43-2281 仙北市角館町中菅沢 8 1-8
美郷町役場福祉保健課	TEL 0187-84-4907 美郷町土崎字上野乙 170-10

9 事故等緊急時の対応

サービスの提供中に容態の急変・事故等が発生した場合は

- (1) 主治医、救急、親族、市町村、介護支援専門員等へ連絡し、必要な措置を講じます。
- (2) その状況及び事故等に対応した内容について記録します。
- (3) 賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償を行います。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

10 留意事項

(1) サービス内容の中止

- ① 利用者が不在の場合はサービスの提供はできません。
- ② 利用者の体調によっては、入浴等一部サービスの変更または中止することがあります。
その場合、家族等に連絡のうえ適切に対応します。また、必要に応じて速やかにかかりつけ医師に連絡を取る等必要な対応をします。

(2) その他

- ① 通院介助、買い物等の事業所職員の車に利用者および家族は同乗できません。
- ② サービス提供は、利用者のみとなり、ご家族への提供は出来ません。
- ③ 暴言、宗教への勧誘等その他、事業所職員に対し、迷惑をかける行為は行わないで下さい。
- ④ 医師の診断により、感染症の疾患が明らかにあった場合は事前にご連絡下さい。事業所職員は感染防止対策をとった上で対応させていただきます。
- ⑤ 基本的に医療行為はできません。ご不明な点は事業所にお尋ね下さい。
- ⑥ 事業所職員に対する贈り物はなさないようお願い致します。
- ⑦ 居宅介護支援事業所に対しサービス利用に係る不当な働きかけは行いません。

私は、重要事項説明書の説明を受けサービスを利用することについて同意しました。

令和____年____月____日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印（続柄：____）

令和____年____月____日 重要事項説明書の内容を説明しました。

説明者 J A秋田おばこホームヘルプサービス 氏名 _____ 印

初回説明事項からの変更変更事項： _____月____日説明

初回説明事項からの変更変更事項： _____月____日説明

初回説明事項からの変更変更事項： _____月____日説明