訪問介護サービス重要事項説明書

1、事業者

法　人　名	那須南農業協同組合
代表者の役職及び氏名	代表理事組合長　中山　正樹
所　在　地	栃木県那須郡那珂川町白久 10 番地
連絡先部署名	生活福祉課　　TEL：0287-96-6176 FAX：0287-96-5997
設立年月日	平成 11 年 3 月 1 日

2、事業所

事業所名称	那須南農業協同組合
事業所番号	0972500201　号
所　在　地	栃木県那須郡那珂川町白久 10 番地
連　絡　先	TEL：0287-96-6176　FAX：0287-96-5997
設立年月日	平成 12 年 4 月 1 日
管　理　者	阿久津　幸子
事業実施地域	那須烏山市　・　那珂川町 通常の実施地域を超える場合のみ交通費が必要となります。この場合実施地域を超えた距離に対して 1ｋｍ当たり 50 円を乗じた額とする。

3、営業日時

営　業　日	月曜日～金曜日まで 尚、土・日・祝日も必要に応じて対応しています。 ただし、年末年始（12 月 31 日～1 月 3 日）を除きます。
営　業　時　間	午前 8 時 30 分～午後 5 時まで ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、対応可能な体制を整えています。

4、事業目的及び運営方針

（1）組合員とその家族及び地域住民が要介護状態になった場合において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように配慮して、介護その他生活全般の援助を行う。

（2）利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスを提供する。

（３）地域福祉向上のため、市町村、その他の居宅サービス事業所その他保健・医療機関と密接に連携する。

5、担当者

あなたの担当サービス提供責任者は次のとおりです。
なお、サービスについてご相談や不満がある場合は、どんなことでもお寄せ下さい。

氏名：　　連絡先（電話）：0287-96-6176
土日・祝日連絡先（携帯）：090-2757-2865

【サービス提供責任者の役割等について】

① 訪問介護の現場において利用者に関する問題や服薬状況等に係る気付きについて居宅介護支援事業者等のサービス関係者と情報を共有します。
② 居宅介護支援事業所のケアマネジャー等に対して、自身の事業者のサービス利用に係る不当な働きかけは行いません。
③ 実際の提供時間が著しくプラン上の標準時間と乖離している場合にはケアマネジャーに連絡し必要に応じたプランの見直しを行ってもらいます。

6、職員体制

職種		従事するサービス種類、業務	人員
管　理　者		訪問介護事業の運営管理に関すること。	１名（常勤１名/兼務）
サービス提供責任者		サービス提供に関する連絡調整	３名（常勤１名 非常勤２名）
サービス提供者	介護福祉士	訪問介護業務に関すること	９名（常勤１名、 非常勤８名）
	ヘルパー1 級 実務研修修了者	同　上	０名（非常勤０名）
	ヘルパー2 級 基礎研修課程修了者	同　上	９名（非常勤９名）

7、サービスの内容及び料金

（1）サービス内容

1)「訪問介護」は、利用者の居宅（自宅）において介護福祉士その他政令で定める者を派遣して、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話を行うサービスです。

2）事業者は、サービス提供に当たっては、別添の「訪問介護計画書」に沿って計画的に提供します。

（2）利用料

利用者負担金は介護保険関連法令で定める介護給付費の負担をしていただきます。負担金については、下記にて説明させていただきます。

≪身体介護≫

≪身体介護≫	1 割負担	2 割負担	3 割負担
~30 分	244 円	488 円	732 円
30 分~1 時間未満	387 円	774 円	1,161 円
1 時間未満~1 時間半	567 円	1,134 円	1,701 円
1 時間半~ 30 分増す毎ごと	82 円 追加	164 円 追加	246 円 追加

≪生活援助≫

≪生活援助≫	1 割負担	2 割負担	3 割負担
20 分~45 分未満	179 円	358 円	537 円
45 分~1 時間未満	220 円	440 円	660 円

≪身体介護に引き続き生活援助を行う場合【身体の利用料に追加】≫

【身体の利用料に追加】	1 割負担	2 割負担	3 割負担
20 分~45 分未満	65 円	130 円	195 円
45 分~1 時間 10 分未満	130 円	195 円	260 円
1 時間 10 分~	195 円	390 円	585 円

≪加算≫

<table>
<tr><td>夜間・早朝</td><td colspan="2">25%増</td><td>午前 6：00～午前 8：00、午後 6：00～午後 10：00 にサービスを提供した場合</td></tr>
<tr><td>深　夜</td><td colspan="2">50%増</td><td>午後 10：00～午前 6：00 にサービスを提供した場合</td></tr>
<tr><td rowspan="3">初　回</td><td>1 割 負担</td><td>200 円</td><td rowspan="3">新規に訪問介護計画書を作成した利用に対して、サービス提供責任者が自らまた他の介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合</td></tr>
<tr><td>2 割負担</td><td>400 円</td></tr>
<tr><td>3 割負担</td><td>600 円</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="3">緊急時訪問介護</td><td colspan="2">１割負担</td><td>100 円</td><td rowspan="3">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ケアマネジャーと連携し必要を認めたときに、居宅サービス計画書にない訪問介護（身体介護）を行った場合</td></tr>
<tr><td colspan="2">2 割負担</td><td>200 円</td></tr>
<tr><td colspan="2">3 割負担</td><td>300 円</td></tr>
<tr><td rowspan="6">認知症専門ケア</td><td rowspan="3">Ⅰ</td><td>1 割負担</td><td>30 円</td><td rowspan="3">認知症高齢者の自立度Ⅲ以上の利用者が 100 分の 50 以上
認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者が 20 名未満の場合 1 名以上、20 名以上で 1 を加えた数を配置し、専門的なケアの実施
従業員に対して認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催している場合</td></tr>
<tr><td>2 割負担</td><td>60 円</td></tr>
<tr><td>3 割負担</td><td>90 円</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Ⅱ</td><td>1 割負担</td><td>40 円</td><td rowspan="3">認知症ケア加算（Ⅰ）の要件を満たし、認知症介護指導者養成研修終了者を 1 名以上配置し、事業者全体の認知症ケアの指導等を実施
介護、看護職員ごとに認知症ケアに関する研修計画を作成し実施又は実施予定している場合</td></tr>
<tr><td>2 割負担</td><td>80 円</td></tr>
<tr><td>3 割負担</td><td>120 円</td></tr>
<tr><td rowspan="6">生活機能向上連携</td><td rowspan="3">Ⅰ</td><td>1 割負担</td><td>100 円</td><td rowspan="3">訪問リハビリテーション実施時にサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が、同時に利用者宅を訪問し、両者が共同による訪問介護計画書を作成した場合</td></tr>
<tr><td>2 割負担</td><td>200 円</td></tr>
<tr><td>3 割負担</td><td>300 円</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Ⅱ</td><td>1 割負担</td><td>200 円</td><td rowspan="3">上記に加え、外部の通所リハ事業所等のリハビリテーション専門職から助言を受ける体制を構築し、助言を受けて訪問介護計画書を作成した場合</td></tr>
<tr><td>2 割負担</td><td>400 円</td></tr>
<tr><td>3 割負担</td><td>600 円</td></tr>
<tr><td>特定事業者加算Ⅱ</td><td colspan="4">所定単位数に加算率　１０％に乗じた単位数</td></tr>
<tr><td>特定事業者加算Ⅴ</td><td colspan="4">所定単位数に加算率　　３％に乗じた単位数</td></tr>
<tr><td>介護職員等処遇改善加算Ⅲ</td><td colspan="4">所定単位数に加算率　１８．２％に乗じた単位数</td></tr>
</table>

(3) その他の費用

介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。

(4) 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用請求及び支払い方法について

利用料の支払いは、月末締切の翌月 21 日（ただし、21 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）名義の当 JA 貯金口座振替（貯金口座振替依頼書に基づく）で処理させていただきます。

8、サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業所とご相談ください。それ以外は、電話等でお申し込み下さい。

(2) サービスの終了

①ご利用者の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日の 1 週間前までに電話等でご連絡下さい。

②当事業所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。

利用者またはその家族が事業者やサービス従業者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

③自動終了

以下の場合は、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。

・ご利用者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ご利用者の要支援・要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
・ご利用者がお亡くなりになった場合

④その他

・当事業所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、利用者やご家族に対し社会通念を逸脱する行為を行った場合、ご利用者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。
・利用者が正当な理由なくサービス利用料を 2 ヶ月以上滞納した場合、1 ヶ月以上の期間を定めて、期間満了までに利用料を支払わない場合は契約を解約する旨を催促することができます。

9、サービス提供の記録等

（1）サービス提供をした際は、あらかじめ定められた「訪問介護記録書」等に書面に必要事項を記入して、サービス提供終了時に利用者の確認を受けます。

（2）事業者は、一定期間ごとに「訪問介護計画書」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等を確認します。

（3）事業者は、前記の「訪問介護記録書」等の記録を作成完了後 5 年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に応じ、又は実費負担によりその写しを交付します。

10、キャンセル

（1）利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先（又は、前記のサービス提供責任者）までご連絡下さい。

平日　連絡先（電話）：0287-96-6176

（2）利用者の都合でサービスを中止にする場合には、取消料は徴収しませんが、できるだけサービス利用の前々日にご連絡下さい。

11、緊急時の対応

サービス提供中に容態の変化があった場合は、事前の打ち合わせにより、下記の施設等へ連絡をいたします。
尚、災害時は大規模災害への対応方針に従って対応します。

家族連絡先等	① 電話番号等： ② 電話番号等：
主　治　医	病院名及び主治医名： 電話番号：
介護支援専門員	事業所名： 電話番号：
JA なす南	生活福祉課　電話番号：0287-96-6176

12、損害賠償責任

事業者は、サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族等に連絡し、必要な措置を講じます。
ただし、事業者に故意・過失がない場合は、この限りではありません。また、

利用者又は家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減額することができます。

13、相談窓口、苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

当社お客様相談コーナー	電話番号　：0287-96-6176 FAX 番号：0287-96-5997 相談員（責任者）黒尾　由実（阿久津　幸子） 対応時間　9：00～16：00

○公的機関においても、次の期間において苦情申出等ができます。

	市町村名	部　署　名	電話番号
市町村介護保険相談窓口	那須烏山市	健康福祉課	0287-88-7115
	那珂川町	健康福祉課	0287-92-1119
栃木県国民健康保険 団体連合会 （苦情処理担当）	電話番号：028-623-2220		

14、第三者評価について

福祉サービス第三者評価は実施していません。

15、その他

(1) 利用者がヘルパーの交代を希望される場合には、出来る限り対応しますので、前記のサービス提供責任者までご相談下さい。

(2) ヘルパー等は身分証明書を携行しています。初回訪問時及び利用者又はその家族から求められた時は掲示を行います。

(3) サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意下さい。

①ヘルパーは、医療行為や年金等の金銭の取扱はしかねますので、ご了解下さい。（生活援助として行う買い物等に伴う少額の金銭の取扱いは可能です。）

②ヘルパーは介護保険制度上、利用者の介護や家事の手伝い等を行うこととされています。家族の方の食事の準備など、それ以外の業務については介護保険外のサービスとなりますので、ご了承下さい。

③ヘルパーに対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

令和　　年　　月　　日

事業所　　住所：栃木県那須郡那珂川町白久 10 番地

名称：那須南農業協同組合

説明者：

介護サービスの提供にあたり、契約書及び本書面に基づき重要事項説明及び交付を受け、その内容に同意します。

利用者　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿