**港区総合事業（介護予防）重要事項説明書別紙**

2024年3月30日

2024年4月１日より、報酬改定また、より質の良いサービス提供を目指すため、以下の項目について追記・変更します。

**＜サービス内容＞**

**３）ヘルパーの禁止行為**

　　①利用者に対する暴力等の虐待行為

　　②身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（緊急やむを得ない場合を除く。）

　　③利用者の同居家族に対するサービス

　④利用者の日常生活の範囲を超えたサービス（庭の手入れやペットの世話等）

　　⑤余暇的な外出や単なる見守りのサービス

**６　利用料金**

**（２）加算について**

**＜口腔連携強化加算口腔連携強化加算（新加算）＞**

・ 50単位/回　※１月に１回に限り算定可能

ヘルパーが、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、１月に１回に限り所定単位数を加算する。

 事業所は利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数表区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対

応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。

**＜福祉・介護職員等処遇改善加算（新加算）＞（令和６年6月～）**

訪問介護・・・総報酬単位数に、以下の加算率を乗じる。

 Ⅰ：24.5% 　**Ⅱ：22.4%**　Ⅲ：18.2% 　Ⅳ：14.5%

**(5)記録等複写サービス**

　　　利用者の実費負担となります。

　　・A４サイズ片面10円(サービス実施記録は片面につき２枚まで)

　　※サービス実施記録の電子化に伴う

**＜８　ハラスメント対策＞**

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

①　事業所内またはサービス提供内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

1. 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為

　　例）物を投げつける、刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける、たたく等

（2）個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、貶めたりする行為

例）大声で怒鳴る、暴言（バカ、アホ、“こんなこともできないのか”といった人格否定とも受け取れる言葉、執拗に責め立てる、土下座の強要、長時間に及ぶ叱責

（3）意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

　　例）訪問介護者の体を触る、手を握る、腕を引っ張り抱きしめる、ヌード写真を見せるなど

（4）その他

　・訪問介護従事者の自宅の住所や電話番号を何度も聞く

　・ストーカー行為

　・訪問介護従業者の個人が特定できるように悪口をSNSなどのインターネット上に記載する

※上記は、**当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等**が対象となります。

②ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。

1. 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
2. ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

**＜当事業者のサービス利用に際し留意いただきたい事項＞**

|  |  |
| --- | --- |
| 安全業務義務 | 利用者とヘルパーの身の安全を一番に考えます。危険な介助方法、社会のルールまたは医療職の指示に反する行為・介助については、お受けできません。 |
| 延長について | （緊急時を除いて）ヘルパーの時間の都合で延長が難しい場合もあります。 |

**＜緊急時の対応方法＞**

1. **緊急時等の対応方針について**

・サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

・また、個別の医療連携体制が構築されている場合は、それに沿って連絡、相談をし、指示を仰ぎます（ケアマネジャー、訪問診療、訪問看護等）。

・意識不明、大量出血、呼吸の確認ができない場合は、速やかに１１９番をします。

※その他緊急時の例：バイタル異常（一般的な基準値または担当医の提示した基準値から大幅に外れている）、呼吸の異常、唇がチアノーゼ、排泄物の異常、身体の痣や変形、生命維持に必要な器具の異常、その他いつもと異なる状態

　【主治医】

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 主治医氏名 |  |

　【ご家族等緊急連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 続柄 |  |

1. **緊急時の連絡先及び対応可能時間等**

 　　　上記連絡先に繋がらない場合、または判断に悩む場合は、

緊急連絡先：管理者 平良剛志　０７０－７６５１－１０００

対応可能時間：月曜～金曜　９：００～１８：００

**１１　相談・苦情・虐待等の窓口**

　　　訪問介護に関する相談・苦情等は上記下記窓口までお申し出ください。

　　また、虐待防止委員会を設け、人権擁護・虐待防止のために先任者を選定しています。

**＜相談窓口・虐待防止委員会＞**

連絡先　　電話03-5442-9800　FAX03-5442-9801

　　　　　管理責任者/サービス提供責任者　平良剛志

受付時間　9：00～18：00

　　　　　(土曜日、日曜日、祝祭日、12/29～1/3を除く)

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

|  |  |
| --- | --- |
| 社会福祉協議会 | 福祉サービス運営適正化委員会事務局03-5283-7020　月～金9～17時 |
| 港区高齢支援課介護機関指導担当　 | 代表03-3578-2111 |
| 東京都国民健康保険団体連合会 | 電話番号　03-6238-0177受付時間　9～１７時（土日祝を除く） |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

当サービス利用にあたり、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。

　　　　事業者

　　　　　（所在地）　　東京都港区芝浦2-17-2　田町竹芝ハイツ201号室

　　　　　（名称）　　　有限会社エンジェルケアプラン　　　　　　　　　印

（代表）　　　取締役　久保田　嘉郎

　　　　　（説明者）　　所属　エンジェルケアプラン

　　　　　　　　　　　　氏名　平良　剛志 　　　　　　　　　　印

私は契約書及び本書面により、これからサービスを受ける当サービスの重要な事項について、事業者から説明を受けました。

　　利用者

　　　（住所）

　　　（氏名）　　　　　　　　　　　　　　印

（代理人または立会人等）

　　　（住所）

　　　（氏名）　　　　　　　　　　　　　　印