

指定訪問介護（予防）利用

介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問介護（介護予防訪問介護相当サービス）

重要事項説明書

あなたに対する指定訪問介護事業利用サービス提供開始にあたり、指定訪問介護事業運営規定に基づいて当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業所

事業所の名称	社会福祉法人 こもればい会 けやき荘ホームヘルプサービス
事業所の所在地	佐賀市川副町大字福富828-1
法人の種別	社会福祉法人
代表者氏名	松永 啓介
電話番号	0952-45-5193
FAX番号	0952-45-2942

2. ご利用施設で併せて実施する事業

事業の種類		佐賀県知事の事業指定		利用定員
		指定年月日	指定番号	
施設	特別養護老人ホーム	平成12年4月1日	4171000054	50人
居宅	訪問介護	平成11年10月22日	4171000054	45人
	第1号訪問事業	平成29年4月1日		
	通所介護	平成11年10月22日	4171000054	45人
	短期入所生活介護	平成11年10月22日	4171000054	20人
	小規模多機能型居宅介護	平成20年12月1日	4191000019	25人
	認知症対応型共同生活介護	平成21年6月1日	4191000019	9人
居宅介護支援事業		平成11年8月13日	4171000054	人

3. (1) 事業の目的及び運営方針

- 1 要介護状態等となった場合においても、利用者が可能な限り居宅において、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、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたるサービスを提供します。
- 2 利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスを提供します。
- 3 地域との結び付きを重視し、市町村等保険者、居宅介護支援事業者、その他保険医療サービスを提供する者との連携に努めます。

(2) 職員の職種、人数及び職務内容

職員の職務	員数	区分				常勤換算をした場合の人員数	職務内容
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
施設長	1		1				
サービス提供責任者	2	1		1			
訪問介護員	2			1	1		

(3) 営業日及び営業時間

営業日	月～金曜
営業時間	8：00～18：00

(4) サービスの提供方法及び内容

介護サービス提供計画に基づいて行います。

介護サービスの提供	指定訪問介護（予防）サービスの提供に際しては、あらかじめ、介護支援専門員が作成した居宅サービス計画書に沿ってサービスを提供します。
サービスの内容	<p>あなたの居宅を訪問し、介護サービス計画に沿っての次のサービスを提供します。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 身体の介護に関すること。 入浴介助、排泄介助、食事介助、身体の清拭、洗髪、衣類の着脱の介助、通院等の介助、その他必要な身体介護。 2. 家事に関すること。 調理、衣類の洗濯・補修、居住等の掃除、整理整頓、生活必需品の買物、その他必要な家事。 3. 相談、助言に関すること。 生活、身上、介護に関する相談・助言、住宅改良に関する相談・助言、その他必要な相談・助言。 4. 緊急時の相談や訪問に関すること。 利用者・家族からの要請を受け、ケアマネージャーとの調整を行った上での上記に関する、訪問。
問い合わせ又は利用申し込み方法	指定訪問介護(予防)の提供に関する問い合わせ又は利用申込は、電話、文書及び事業所への来所により受け付けます。

(5) 利用料及びその他の費用

1) 法定給付

区分	利用料
法定代理受領の場合	<p>介護報酬告示上の額 (居宅介護サービス費の1割～3割) *負担割合に関しては厚生労働省が定める基準に準じる。</p>

法定代理受領できない場合	介護報酬告示上の額 (居宅介護サービス費に同じ)
--------------	-----------------------------

2) 利用料

要介護1～5 (1回あたりの利用料金) (1割負担の場合)

1割負担の場合

(特定事所加算Ⅱを含む金額)

身体介護	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上1時間30分未満
自己負担	179円	268円	426円	624円
生活援助		20分以上 45分未満	45分以上	
自己負担		197円	242円	

2割負担の場合

身体介護	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上1時間30分未満
自己負担	358円	536円	852円	1,248円
生活援助		20分以上 45分未満	45分以上	
自己負担		394円	484円	

3割負担の場合

身体介護	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間半以上1時間30分未満
自己負担	537円	804円	1,278円	1,872円
生活援助		20分以上 45分未満	45分以上	
自己負担		591円	726円	

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問介護

(介護予防訪問介護相当サービス)の利用料

要支援1・2 (1ヶ月の利用料金)

1割負担の場合

支給区分	1週間あたりのサービス提供回数	利用料金	自己負担
I	おおむね1回	11,760円	1,176円
II	おおむね2回	23,490円	2,349円
III	おおむね3回以上	37,270円	3,727円

2割負担の場合

支給区分	1週間あたりのサービス提供回数	利用料金	自己負担
I	おおむね1回	11,760円	2,352円
II	おおむね2回	23,490円	4,698円
III	おおむね3回以上	37,270円	7,454円

3 割負担の場合

支給区分	1週間あたりのサービス提供回数	利用料金	自己負担
I	おおむね1回	11,760円	3,528円
II	おおむね2回	23,490円	7,047円
III	おおむね3回以上	37,270円	11,181円

*初回加算・・・新規に訪問介護（予防）計画を作成した利用者に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら訪問介護（予防）を行う場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行して訪問した場合。

該当者のみ200円※（但し1回のみ） 2割 400円 3割 600円

*特定事業所加算（II）

①有資格（介護福祉士等）の介護訪問員が国の基準以上配置されており、サービス提供責任者が3年以上の実務経験を有している事。

②計画的・定期的に研修・会議・介護訪問員の健康診断等を実施しており、文書等による確実な情報伝達・報告が来ている。

③緊急時等における対応方法が明示されている事。

*生活機能向上連携加算

①サービス提供責任者が、訪問リハビリテーションの事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問リハビリテーションに同行し、理学療法士等と同行して行ったアセスメント結果に基づき訪問介護計画を作成している事。

②当該理学療法士等と連携して訪問介護計画書に基づくサービス提供を行っている事

③当該計画に基づく初回の訪問介護が行われた日から3ヶ月間、算定できる事

該当者のみ100円※（但し1回のみ） 2割 200円 3割 300円

【基本部分】※【生活援助型訪問サービス】

サービス名称	サービスの内容	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
訪問型サービスⅠ/2	週1回程度の生活援助のみが必要とされた者 (事業対象者・要支援1・2)	10,000円/月	1,000円	2,000円
訪問型サービスⅡ/2	週2回程度の生活援助のみが必要とされた者 (事業対象者・要支援1・2)	19,980円/月	1,998円	3,996円
訪問型サービスⅢ/2	週2回を超える程度の生活援助のみが必要とされた者 (事業対象者・要支援2)	31,690円/月	3,169円	6,338円
※訪問型独自サービス初回加算			利用者負担(1割) 170円	

*介護職員処遇改善加算

加算要件を満たす事業所において、介護職員の根本的な処遇を改善する為に加算を算定し適切なサービスの質の保持に努めます。

所定単位数×0.287（加算の状況により費用の変更があります）

*緊急時訪問介護加算・・・緊急時などの利用者やその家族からの要請を受けて、サービス提供責任者が介護支援専門員と連携を図り、介護支援専門員が必要と認めたときにサービス提供責任者又はその他の訪問介護員等が居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行います。 1回 100円 2割 200円 3割 300円

(6) 緊急時における対応方法

訪問介護員等は事業の提供を行っている時に、利用者に病状の急変、その他の緊急事態が生じた時は、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告を行うこととする。

*キャンセル料

利用を中止する際は、前日の営業時間内（18:00 まで）にご連絡下さい。それ以降のキャンセルはキャンセル料として要介護の利用者については利用料の**1割**。要支援利用者については月額報酬となっている為、**回数分で割った料金**を徴収させていただきます。

*緊急時の連絡先：0952-20-3140 対応可能時間 9:00～18:00

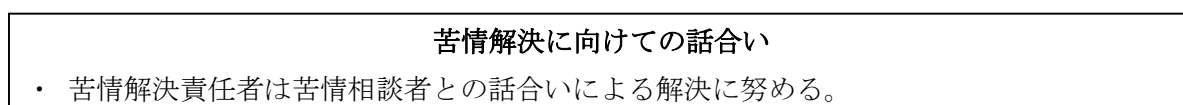
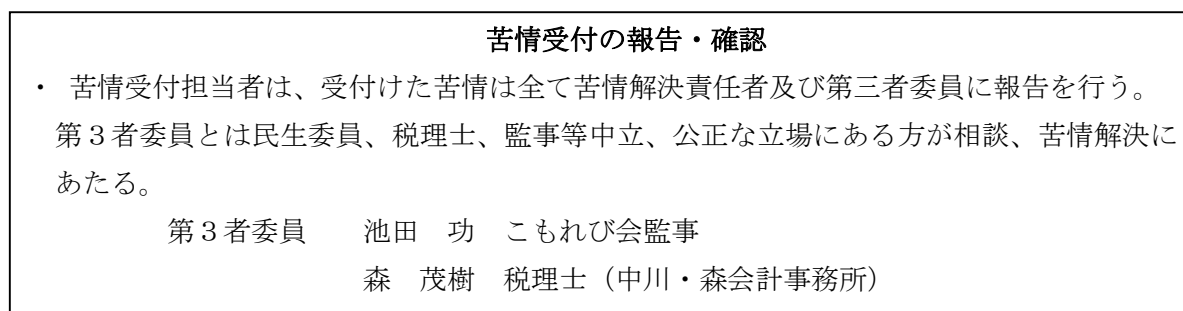
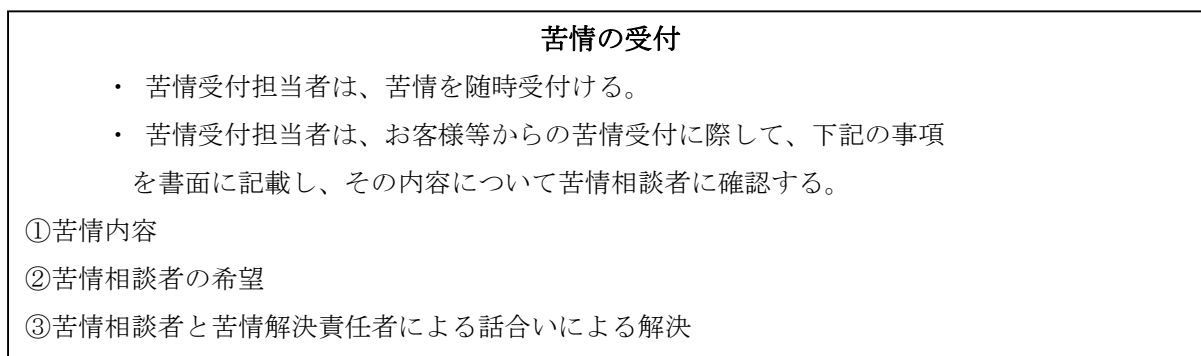
(7) 通常の事業実施区域

事業の実施区域	佐賀市（大和町、富士町、三瀬村は除く）大川市
---------	------------------------

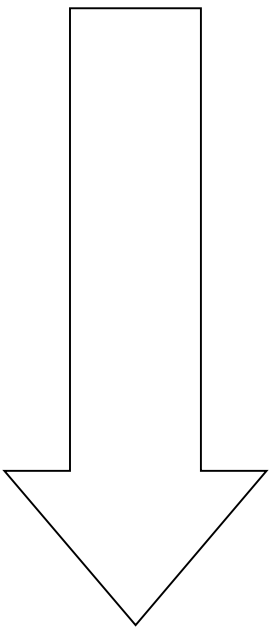
(8) 苦情申立先

当施設ご利用相談室	相談窓口	居宅部長 北村 康平
	ご利用時間	毎日 9：00～18：00
	ご利用方法	電話 0952-20-3140 面接 相談室 苦情箱 施設内に設置
苦情受付公的機関	名称	佐賀県国民健康保険団体連合会
	住所	佐賀市呉服元町7番28号 佐賀県国保会館
	TEL	0952-26-1477
	FAX	0952-26-6123
	名称	佐賀中部広域連合
	住所	佐賀市白山2丁目1番12号
	TEL	0952-40-1131
	FAX	0952-40-1165
	名称	大川市役所 健康課介護保険係
住所	福岡県大川市大字酒見256番地1	
TEL	0944-85-5522	
FAX	0944-88-1776	


苦情解決のフローチャート



話し合いにより苦情解決



話し合いが不調の場合



苦情相談者は下記へ申し出て解決を図ることが出来る。

佐賀県社会福祉協議会

0952-23-2314

佐賀中部広域連合

0952-40-1131

佐賀県国民保険団体連合

0952-26-6123

大川市役所 健康課介護保険係

0944-85-5522

苦情解決結果の記録、報告

- ・ 苦情解決や改善を重ねることにより、サービスの質の向上、運営の適正化が確保できる。これらを実効あるものとするために、記録及び報告を下記の通り行う。
- ① 苦情受付担当者は、苦情受付から解決・改善までの経過と結果について書面に記録を行う。
- ② 苦情解決責任者は、苦情相談者に改善を約束した事項について、苦情相談者に対して、一定期間経過後に報告を行う。



苦情解決結果の活用

- ・ サービスの質の向上や信頼性の向上を図るため、個人情報に関するものを除き、サービス従業者への研修時に具体的事例として活用を行う。

(9) 具体的な取扱い方針

サービスの提供	<ul style="list-style-type: none">・ 正当な理由なく指定訪問介護の提供の拒否はしません。ただし、通常の事業の実施地域等を勘案し、利用者に対して自ら適正な指定訪問介護（予防）サービスを提供することが困難な場合は、適当な他の指定訪問介護（予防）事業者を紹介します。・ 利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、指定訪問介護（予防）サービスの目標を立て、その目標を達成するための具体的なサービス内容等の訪問介護計画を作成します。なお、必要に応じて訪問介護（予防）計画の変更をすることがあります。
受給資格者証の確認	<ul style="list-style-type: none">・ 指定訪問介護（予防）サービスの提供を開始する際に、被保険者資格、要介護認定等の有無及び有効期間等、受給資格者の確認をさせていただきます。（介護保険負担割合証）の確認も合わせてさせていただきます。・ 被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、それを配慮して指定訪問介護（予防）を提供します。・ 要介護認定を受けておられない利用者については、本人の意思を踏まえて介護認定申請に必要な援助を行います。
居宅介護支援事業者との連携	<ul style="list-style-type: none">・ 指定訪問介護（予防）サービスが円滑に提供できるよう、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
保険給付の請求のための証明書交付	<ul style="list-style-type: none">・ 法定代理受領サービスに該当しない指定訪問介護（予防）に係る利用料を請求した場合は、提供した指定介護の内容、費用の額等を記載したサービス提供証明書を交付します。

(10) 秘密保持

業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密は守ります。

サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いる場合には利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は、当該家族等の同意をあらかじめ文書により得た上で行います。

(1 1) 事故発生時の対応

利用者に対して、居宅介護サービスを提供したことにより損害賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、利用者の過失による事故の場合には損害賠償を行いません。

(1 2) 虐待防止について

当施設では、利用者等の人権の擁護及び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 虐待の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、従業者に周知徹底しています。
- ② 虐待の防止のための指針を整備しています。
- ③ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的実施しています。

虐待防止のための措置に関する責者を選定しています。

虐待防止責任者	氏名	松永 宣子	職名	管理者
---------	----	-------	----	-----

(1 3) ハラスメント対策について

- ① 事業所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
 - (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - (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。
- ③ 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。
- ④ 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。

相談窓口責任者	事務長・部長・各所属主任
---------	--------------

(1 4) 衛生管理等について

訪問時において感染症及び食中毒が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- ① 施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（感染症対策委員会）をおおむね毎月開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- ② 施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備する。
- ③ 施設において、従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

守秘義務における情報開示についての説明

けやき荘が実施する、介護保険法に規定された施設・在宅の指定サービスをご利用の皆様およびご家族様には契約時に契約書を通して守秘義務についての説明を行っております。

守秘義務とは、「事業者は指定サービスを提供するうえで知り得た契約者又はその家族等に関する事項を・正当な理由なく第三者に漏らしてはならない。その職を退いた後においても同様とする。」という規定です。

しかし、以下に記す正当な理由の事項等の場合において利用者の状態、ご家族状況などの情報が必要となりますので、利用者ご本人ならびにご家族の情報開示承諾書についてのご理解をお願いします。

- 1、 事業者は利用者に医療上の措置が必要になった場合において、医療機関等に利用者に関する心身等に関わる情報を提供できるものとする。
- 2、 事業者は利用者への円滑かつ安全なサービスの提供を行うために各関係機関及び関係者に利用者等に関する必要な情報を提供できるものとする。
- 3、 事業者は利用者の生命、身体、生活環境等の安全確保に配慮が必要な場合において利用者等に関する必要な情報を提供できるものとする。

損害賠償責任について

けやき荘が実施する、介護保険法に規定された施設・在宅の指定サービスをご利用の皆様及びご家族様には契約時に契約書を通して損害賠償責任についての説明を行っております。

損害賠償責任とは、「事業者が指定サービスを提供するうえで故意または重大な過失 ①通常では行なわない方法や手順での援助や介護。②十分に予測できる事故などの危険について配慮を怠る。③設備や介護機器などの破損や故障を放置するなどすみやかに改善を行なわないままでのサービス提供。などが認められた場合により契約者に生じる損害（障害や怪我、その他の不利益）について賠償の責任を負い速やかに履行するものとする。」という規定です。

尚、以下に記す各事項に該当する場合は損害賠償の責任を（一部及びすべて）負わないものとします。「損害賠償責任の免責」事項について契約者（利用者）として、ご本人ならびにご家族のご理解及び同意をお願いいたします。

- 1、 契約者（利用者）の急激な体調の変化や疾病など事業者の実施したサービスに起因しない事由により発生した損害。
- 2、 契約者（利用者）及び家族がサービスを受けるために必要な事項及び心身の状況や病歴などの重要事項について故意に申告を怠りまた不実の告知を行なったことに起因して発生した損害。
- 3、 契約者（利用者）が事業者などの指示、依頼に反して行なった行為でありまた、予見不可能で目前にしても危機回避が不可能な事由に起因して発生した障害。

※ 上記損害賠償の免責事項による損害が発生した場合におきましても、けやき荘の各事業において迅速な対応及び誠意をもって契約者（利用者）、ご家族との十分な協議を行なっておりますのでご理解をお願いいたします。

私は、本書面に基づいて当施設職員（氏名 _____）から上記重要事項説明を受けたことを確認します。

令和 ____年 ____月 ____日

利用者 住 所

氏 名

利用者の家族 住 所

氏 名

代理人

住 所

氏 名

続柄

代筆の理由