訪問介護重要事項説明書

社会福祉法人恩賜財団済生会支部山口県済生会

済生会貴船福祉ケアセンター
貴船園ヘルパーステーション

〒751－0823
山口県下関市貴船町三丁目4番1号
電話　083－223－0263
FAX　083－223－0276

訪問介護　重要事項説明書

１．事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な訪問を提供することにより要介護状態の維持、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．事業者概要

事 業 者 名 称	社会福祉法人恩賜財団済生会支部山口県済生会
主たる事業所の所在地	山口県山口市緑町２番 11 号
法　人　種　別	社会福祉法人
代　表　者　名	支部長　　津江　和成
電　話　番　号	０８３－９２４－６３３８

介護保険法令に基づき 下関市長から指定を受けている事業所名称（指定番号）	各事業所につき介護保険法令に基づき下関市長から指定を受けている居宅サービスの種類
済生会貴船ケアセンター	
特別養護老人ホーム 貴船園 （下関市 3570102198 号）	ユニット型指定介護老人福祉施設 定員　100 名
特別養護老人ホーム 貴船園 （下関市 3570102198 号）	ユニット型短期入所生活介護事業（介護予防事業） 定員　20 名
貴船園 居宅介護支援事業所 （下関市 3570102602 号）	居宅介護支援事業
貴船園 ヘルパーステーション （下関市 3570102578 号）	訪問介護事業（及び第１号訪問事業）
貴船園 デイサービスセンター （下関市 3570102644 号） （下関市 3590109066 号）	通所介護事業（及び第１号通所事業） 定員　18 名

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。

３．事業者の内容

（１）利用される事業者の概要と提供できるサービスの地域

事業所名	済生会貴船福祉ケアセンター 貴船園ヘルパーステーション
指定番号	下関市　3570102578　号
所　在　地	〒751－0823　山口県下関市貴船町三丁目４番１号
管理者の氏名	萩原　耕太郎
電話番号	０８３－２２３－０２６３
ＦＡＸ番号	０８３－２２３－０２７６
サービスを提供する地域	旧下関市の区域（離島は含まない）

（２）　事業所の従業者体制

	職務の内容	常　勤 （常勤兼務）	非常勤	合計
管　理　者	業務の一元的な管理	１名		１名
サービス提供責任者	全般的なサービスの調整	２名		２名
訪問介護員	訪問介護の提供	介護福祉士 ２名	介護福祉士 ２名	６名
		ヘルパー２級 １名	ヘルパー1 級 ０名	
			ヘルパー２級 １名	

（３）営業時間

営　業　日	月曜日から日曜日　（１２月２９日～１月３日までを除く）
営業時間	８：００～１８：００ 営業時間以外のサービス提供は、利用者からの希望があり、それに対応可能な場合、実施とする。

４．サービスの内容

（１）　生活援助

①　買い物

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、食後の後片付け、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。

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。

（２）身体介護

①　食事介助

食事介助で、全面介助、一部介助または見守りを行います。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には、訪問入浴サービス等の他のサービスが必要な場合もあります。

③　排泄介助

おむつ交換、採尿器や差込み便器の介助、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、全身または部分的に身体を拭きます。

⑤　体位交換

褥瘡の防止のために、一日何回か体位交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・口腔ケア

身繕いを介助します。整髪、美容、爪切り等が含まれます。また、歯磨き、うがい、義歯洗浄など口腔内の清潔保持の介助を行います。

⑧　通院、買物の同行等の移動介助

歩行・車椅子介助、外出・通院介助など、移動の介助を行います。

⑨　自立生活支援のための見守り的援助（自立支援、ADL 向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等）

・利用者と一緒に手助けしながら行う調理（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）を行います。

・ベッドの出入り時など自立を促すための声かけをします。（声かけや見守り中心で必要な時には介助します）

・移動時、転倒しないように側について歩きます。（介護は必要時だけで、事故が無いように常時見守りを行います）

・車椅子の移動介助を行って店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助します。

・洗濯物を一緒に干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転

倒防止のための見守り声かけを行います。

・認知症高齢者の方といっしょに冷蔵庫の中の整理を行うことにより、生活歴の喚起を促します。

５．利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該訪問介護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。

介護報酬告示額に、地域加算（1 単位＝１０円　丙地区）をかけて計算した１か月当たりの金額です。

（1）介護報酬告示額

	単位数	利用者負担金額
①　身体介護が中心の場合		
２０分未満	１６３単位	１６３円
２０分以上３０分未満	２４４単位	２４４円
３０分以上１時間未満	３８７単位	３８７円
１時間以上	５６７単位	５６７円
３０分追加毎	８２単位	８２円
②　生活援助が中心の場合		
２０分以上４５分未満	１７９単位	１７９円
４５分以上	２２０単位	２２０円
③　身体介護の後に生活援助を行った場合		
２０分以上	６５単位	６５円
４５分以上	１３０単位	１３０円
７０分以上	１９５単位	１９５円

※利用者負担割合が 2 割の場合は記載金額の 2 倍、3 割の場合は記載金額の 3 倍となります。

（2）加算料金等

初回加算	初回又は過去２月間（暦月）当該指定訪問介護事業所の利用がない利用者に対し、新規に訪問介護計画を作成しており、初回又は初回訪問を行なった月に、サービス提供責任者が、指定訪問介護を行った又は他の訪問介護員が指定訪問介護を行った際に同行した場合	200 円／月
介護職員等処遇改善加算Ⅱイ	１か月あたりの利用単位数に 24.9%を乗じたもの	
緊急時訪問介護加算	利用者又はその家族からの要請に基づき、介護支援専門員と連携して、計画的な訪問以外で、要請を受けてから 24 時間以内に身体介助中心の緊急訪問を行なった場合	

夜間早朝加算	早朝（　６時～　８時） 夜間（１８時～２２時）に訪問した場合	
深夜加算	深夜（２２時～翌朝６時）に訪問した場合	100 円／回
		基本利用料の 25%増

※利用者負担割合が 2 割の場合は記載金額の 2 倍、3 割の場合は記載金額の 3 倍となります。

※同時に２人の訪問介護員が１人の利用者に対して指定訪問介護を行なった時には、基本料の２倍の請求になります。(利用者の身体的理由により一人の訪問介護員等による介護が困難と認められる場合等)

（３）その他の費用

① 交通費（実施地域を越えて行う訪問介護に要した費用）

事業所から片道５０ｋｍ未満　　１,０００円

事業所から片道５０ｋｍ以上　　２,０００円

② キャンセル料

事前連絡なしに、利用者側の都合でサービスを不要とした場合はキャンセル料を請求する場合があります。但し、利用者の容態の急変、予期せぬ事故等による場合はキャンセル料を請求することはありません。

キャンセル料		
要介護１～５	30 分以上の サービスの場合	一律　８００円
	30 分未満のサービスの場合	４００円

※　サービス提供予定日に訪問介護員が利用者宅を訪問した時、事前の連絡なしに利用者が不在のためサービスが提供できなくなった場合、キャンセル料を請求する場合があります。

※　サービス提供予定日に訪問介護員が利用者宅を訪問した時、家族の訪問中であったためサービス（生活援助）が提供できなくなった場合、キャンセル料を請求する場合があります。

６．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。鍵の取扱については、利用者またはその家族とご相談させていただきます。

③ 従業者に対する贈り物や飲食のもてなしは、お受けできません。

７．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消防計画を作成し、消防計画に基づき、従業者の訓練を行います。

８．緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医または協力医療機関への連絡等を取るなど必要な措置を講じます。

なお、緊急の場合には、事前に確認させていただいた連絡先に速やかに連絡します。

９．協力医療機関

名　　称	柏村医院
院　長　名	佐伯　陽子
所　在　地	山口県下関市長府松小田本町 5-12
電　話　番　号	０８３－２４８－５３３３
診　察　科	内科、消火器内科、脳神経内科
入　院　施　設	無し

10. 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、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等への連絡を行うなど、必要な措置を講じます。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。

11. 守秘義務に関する対策

事業者および従業者は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保守します。

12. 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。

13. 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は記録します。

14.　虐待の防止について

当施設は、利用者の尊厳維持、虐待の未然の防止、早期発見等の為、次の措置を講じます。

(1)　虐待の防止に係る責任者を選定します。

責任者　【役職】所長　　【氏名】萩原　耕太郎

(2)　虐待の防止のための従業者に対する研修を年２回以上実施します。

(3)　虐待の防止のための指針を整備します。

(4)　虐待の防止のための対策を検討する委員会を年４回開催します。

また当施設は、虐待又は虐待を疑われる事案が発生した場合は、速やかに市へ通報します。

15.　苦情相談窓口

①　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

苦情解決責任者	【職名】所長	【氏名】萩原　耕太郎
苦情受付窓口（担当者）	【職名】在宅支援部科長	【氏名】大瀬良　泰三
	【職名】入所支援部科長	【氏名】宇都宮　ひとみ

電　話　　０８３－２２３－０２６１　ＦＡＸ　０８３－２２３－０２７１

②　公的機関においても、次の機関において苦情申出ができます。

下関市福祉部介護保険課事業所係	住所　　下関市南部町１番１号 TEL　　０８３－２３１－１３７１ FAX　　０８３－２３１－２７４３ 受付日時　午前８時３０分～午後５時１５分 （このうち、窓口対応時間は 9:00～16:30） （土、日、祝日、年末年始を除く）
山口県国民健康保険団体連合会	住　所　　山口市朝田 1980 番地７　国保会館 TEL　　０８３－９９５－１０１０ FAX　　０８３－９３４－３６６５ 受付日時　午前９時００分～午後５時００分 （土、日、祝日、年末年始を除く）
山口県社会福祉協議会 山口県運営適正化委員会	所 在 地　　山口市大手町９番６号 電話番号　　０８３－９２４－２７７７ 受付時間　　８：３０～１７：１５

③　苦情処理第三者委員

公平中立な立場で苦情を受付け、相談にのっていただける委員です。

宮井　恵美子	083－222－0483	原口　知行	090-7592-0305

16.　損害賠償について

事業者の責任により、利用者に生じた損害については、当事業者は、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、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者の心身の置かれた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。

17.福祉サービス第三者評価について

提供するサービスの第三者評価について、受審した実績はありません。

訪問介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

済生会貴船福祉ケアセンター　貴船園ヘルパーステーション

説明者職名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、訪問介護サービスの提供開始に同意し、本書面を受領しました。

令和　　年　　月　　日

（利用者）

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（代理人）

住　　所　〒＿＿＿＿―＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続　　柄 ＿＿＿＿＿＿＿＿