

指定訪問介護事業重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所名	山村病院鏡居宅サービス事業所		
所在地	高知市鏡今井 126 番地		
提供サービス及び事業所指定番号	訪問介護	第3910118102号	
管理者及び連絡先	サービス種類	管理者	連絡先
	訪問介護	中山 晶子	(088)896-2200
サービス提供地域	高知市 ・ いの町		

2. 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者		1名		1名
サービス提供責任者	介護福祉士	1名		1名
事務職員			1名	1名
介護職員	介護福祉士	1名	2名	3名
	ヘルパー養成講習2級修了者		4名	4名

主たる職員の業務

職 種	業 務
管 理 者	事業所の従業者及び業務の管理
サービス提供責任者	事業所の利用申し込みに係る調整からサービス提供、訪問介護員に対する技術指導、訪問介護計画の作成
訪 問 介 護 員	利用者に対し、訪問介護計画に沿ったサービスの提供を行う。

3. 営業日及び営業時間

毎日(年中無休)

午前8時30分から午後5時30分 (但し、利用者様のご希望に応じて対応することもあります)

4. サービスの内容

利用者の居宅(自宅)へ、介護福祉士等を派遣して、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。具体的には、次のサービス内容区分の中から指定の時間帯に応じて選択されたサービスを提供します。

* 身体介護： 起床、就寝、排泄、衣服の着脱、整容、清拭、洗髪、入浴、食事、服薬管理、
体位変換、通院等介助 その他()

* 生活援助：調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受け取り、衣服の入れ替え、その他()

* その他日常生活上の介護

5. 料金

(1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合の利用者負担は、原則として基本料金の一割です。ただし、介護保険の給付の限度を超えたサービス利用は全額自己負担となります。それぞれのサービスについて、平常の時間帯(午前 8 時から午後 6 時)での料金は次のとおりです。

1-(1) 基本料金

身体介護が中心である場合

所要時間 20 分未満	163単位/回	1630円/回
所要時間 20 分以上 30 分未満	244単位/回	2440円/回
所要時間 30 分以上 1 時間未満	387単位/回	3870円/回
所要時間 1 時間以上 1 時間 30 分未満の場合	567単位	5670円/回
以降 30 分増す事に算定	82単位	820円/回
生活援助加算		
20分以上45分未満	65単位	650円/回
45分以上70分未満	134単位	1340円/回
70分～	201単位	2010円/回

生活援助が中心である場合

所要時間 20 分以上 45 分未満	179単位/回	1790円/回
所要時間 45 分以上	220単位/回	2200円/回

通院等乗降介助	99単位/回	990円/回
---------	--------	--------

- ① サービスに要する時間はそのサービスを実施するために訪問介護計画に位置づけられた標準的な所要時間です。
- ② 夜間(午後 6 時から午後 10 時)又は早朝(午前 6 時から午前 8 時)に指定訪問介護を行った場合は、1 回につき 25%を所定単位数に加算となります。
深夜(午後 10 時から午前 6 時)に指定訪問介護を行った場合は 1 回につき 50%を所定単位数に加算となります。
- ③ 記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者様の居宅サービス計画(ケアプラン)及び訪問介護計画で定められた時間を基準とします。
- ④ やむを得ない事情で、かつ、利用者様の同意を得て2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。

1-(2)加算内容

加算		基本料金及び 加算額の割合	備考
	2人派遣の算定	200/100	上記④参照
	夜間加算	25/100	午後6時から午後10時
	早朝加算		午前6時から午前8時
	深夜加算	50/100	午後10時から午前6時
	特別地域加算 (厚生労働大臣が定める地域)	15/100	高知市鏡は加算地域になります。

1-(3) ・初回加算 200単位/月 → 2000円/月 自己負担200円/月

【新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回もしくは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をする場合又は他の訪問介護員などが訪問介護をする際に同行訪問した場合】

・緊急時訪問介護加算 100単位/回 → 1000円/回 自己負担金100円/回

【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ケアマネジャーと連携を図り、ケアマネジャーが必要と認めたとときに、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を24時間以内に行った場合】

・生活機能向上連携加算Ⅰ 100単位/月 → 1000円/月 自己負担金100円/月

【訪問リハビリテーション若しくは、通所リハビリテーションを実施している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理学療法士、作業療法士、言語聴覚氏、医師からの助言を受ける体制を整えて、助言を受けたうえでサービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成した場合】

・生活機能向上連携加算Ⅱ 200単位/月 → 2000円/月 自己負担金200円/月

【訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションの理学療法士、作業療法士、言語聴覚氏が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師が訪問して行う場合】

・介護職員処遇改善加算

※介護職員処遇改善加算(Ⅲ)(訪問介護加算率 5.5%)

※介護職員等特定処遇加算(Ⅱ)・・・4.2%

※介護職員等ベースアップ等支援加算・・・2.4% ⇒R6.6月より、この3加算が一本化され 介護職員処遇改善加算(14.2%)になります。

・同一建物等居住者にサービス提供する場合の報酬

事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する方 10%減算

・特定事業所加算Ⅱ(所定単位数の10%を加算) R6.6より新設します。

①交通費

サービス提供地域:高知市・いの町にお住まいの方は無料です。

尚、自動車を使用した場合の交通費は次の額を徴収します。

◎サービス提供地域の境界から片道おおむね1kmにつき 40 円

②支払い方法

I. 1 日～末日までの利用分を翌月 25 日までに現金支払いにする。

II. JA(農協)・四国銀行・郵便局からの自動引き落としにする。

III. JA(農協)・郵便局への振込みをする。

(利用月の翌月 25 日までに振込みをする。振込み料は利用者負担)

※ 利用者負担金は毎月 15 日迄に請求しますので、上記のいずれかの方法でお支払い下さい。

【 取り扱い金融機関 】

1. JA旭支所	普通預金 6533500
名義	山村病院鏡居宅サービス事業所
	代表者 山村栄一
2. 郵便局	総合口座 16490-7662531
名義	山村病院鏡居宅サービス事業所
	代表者 山村栄一

※ 契約者が要介護認定を申請して、まだ、認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額(10割)を一旦お支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い)

また、居宅サービス計画が作成されてない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」及び領収書を交付します。

6. キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用をキャンセルする場合は、すみやかに次の連絡先までご連絡下さい。

連絡先:(088)896-2200

(2) 利用者の都合でサービスの利用をキャンセルする場合は、前日の17:30迄に連絡願います。

当日のキャンセルや連絡なしの場合は、キャンセル料(利用料金)を頂くこともありますので、ご了解願います。但し、当日利用者のやむえない事情によりキャンセルなされる場合には、(利用料金10%)をキャンセル料として頂きたいので、併せてお願いします。

7. サービスの提供にあたって

(1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容(被保険者資格、

要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間)を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。

(2)利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、介護認定が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 60 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。

(3)利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画(ケアプラン)」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「訪問介護計画」を作成します。なお、作成した「訪問介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認くださいようお願いします。

(4)サービス提供は「訪問介護計画」に基づいて行います。なお、「訪問介護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

8. 事故発生時の対応

(1)関係機関との連携及び措置

- ・利用者に対する訪問介護の提供により事故が発生した場合は、利用者の家族、市町村、利用者に係る居宅介護支援事業所に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。
- ・前項の状況及び事故に際して取った措置について記録を残します。

(2)損害賠償

- ・利用者に対する訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速みやかに行います。

9. 身分証携行義務

訪問介護員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

10. 衛生管理等

- ①訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理をおこないます。
- ②訪問介護事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

11. 相談窓口、苦情相談

(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。

当事業者相談窓口	電話番号	(088)896-2200
	FAX番号	(088)896-2177
	相談者(責任者)	中山 晶子
	対応時間	(月～金)午前8:30～午後5:00

(2)公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てが出来ます。

※要介護認定の申請を行った各市町村窓口へも苦情の申し立てが出来ます。

高知県	所在地	高知市丸ノ内2-6-5
-----	-----	-------------

国民健康保険連合会 (国保連) 「介護保険課」	電話番号	088-820-8410・8411
	FAX番号	088-824-8413
	対応時間	(月～金)午前9:00～午後4:00

高知市介護保険課 「事業係」	所在地	高知市本町5丁目1-45
	電話番号	088-823-9972
	FAX番号	088-824-8390
	対応時間	(月～金)午前8:30～午後5:15

いの町ほけん福祉課	所在地	吾川郡いの町1400番地
	電話番号	088-893-3810
	FAX番号	088-893-1101
	対応時間	(月～金)午前8:30～午後5:15

高知県健康福祉部高齢者福祉課	☎ 088-823-9786
----------------	----------------

12. 秘密の保持と個人情報の保護について

1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

- ①事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省 が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ②事業者及び事業者の使用する者(以下「従業者」という。)は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ③また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ④事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

2) 個人情報の保護について

- ①事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。
- ②事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- ③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。

13. 事業所法人

名称・法人種類	医療法人 山村会 山村病院
代表者氏名	理事長 山村栄一
当法人所在地・電話	高知市下島町106番地 TEL(088)872-5038
業務の概要	山村病院
	山村病院居宅介護支援事業所
	山村診療所
	山村病院鏡居宅サービス事業所
	住宅型有料老人ホーム しもじま
	地域密着型特定施設入居者生活介護有料老人ホームやまむら
	認知症対応型共同生活 あさひ
事業所数	7事業所

14. 第3者評価は実施していない。

【 説明確認欄 】

年 月 日

指定訪問介護事業契約の締結にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所所在地 高知市鏡今井126番地

事業所名 山村病院鏡居宅サービス事業所

説明者 _____ 印

指定訪問介護事業契約の締結にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を受けました。また、個人情報の取り扱いに関しても、十分理解のうえ同意します。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印