社会福祉法人　菊水会
訪問介護ステーション　にじの丘
訪問介護　重要事項説明書

１　事業の目的

社会福祉法人菊水会が開設する訪問介護事業所が行う指定訪問介護の事業の適切な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護福祉士又は訪問介護員研修の修了者が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問介護を提供することを目的とする。

２　事業者の概要

名称	社会福祉法人　菊水会
所在地	山口県下関市菊川町大字下岡枝 1064 番地
電話番号	083-287-1220
代表者氏名	理 事 長　 青 柳 俊 平
事業者が実施するサービス	○特別養護老人ホーム　○定期巡回随時対応型訪問介護看護 ○短期入所 ○通所介護 ○認知症対応型共同生活介護 ○訪問介護 ○訪問看護 ○菊川・豊田地域包括支援センター ○就労継続支援B型 ○共同生活援助・共同生活介護 ○障害者生活支援センター ○サービス付き高齢者向け住宅

３　事業所の概要

事業所の名称	訪問介護ステーション　にじの丘
事業所の所在地	山口県下関市菊川町大字田部 223-1
事業所の電話番号	０８３－２８７－２２６９
管理者	青柳　雅子
サービス提供責任者	門田　幸恵
サービス提供地域	下関市（菊川地区、西市地区、吉田地区、小月地区）
営業日及び営業時間 サービス提供日時	年中無休（8:30～17:30）、24 時間電話連絡可・緊急時対応
事業所番号	3570103972 （ 平成 23 年 7 月 1 日指定 ）
第三者評価の実施	令和元年 6 月 13 日
運営方針	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生活を営むことが出来るよう、また尊厳を持って安心して生活して頂けるよう配慮し、運営するものとします。

４　事業所の職員体制

職　　種	常　勤	非　常　勤	合計員数	資　格　等
管理者	1		1	ヘルパー1級
サービス提供責任者	1		1	介護福祉士
訪問介護員	6	4	10	介護福祉士 ヘルパー2級

（1）管理職

管理者は、事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業に関する法令等の規程を遵守させるために必要な指揮命令を行う。

（2）サービス提供責任者

サービス提供責任者は、次に掲げる事項を行う。

①訪問介護計画の作成・変更等を行い、利用の申し込みに係る調整をする。

②利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握、サービス担当者会議への出席、利用者に関する情報の共有等、居宅介護支援事業等との連携に関すること。

③訪問介護員に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達し、業務の実施状況を把握する。

④訪問介護員の能力や希望を踏まえた業務管理、研修、技術指導その他サービス内容の管理について必要な業務等を実施する。

（3）訪問介護員

訪問介護員は訪問介護の提供にあたる。

5　サービス開始までの流れ

本人または家族

↓

申請

↓

各役所窓口へ

↓

訪問調査・主治医意見書

↓

認定審査会で判定

↓

該当

認定

要支援1・2
要介護1～5

非該当(自立)

地域包括支援センターへお問い合わせ下さい。

ケアプランの作成

要介護1～5の方は、居宅介護事業所に依頼します。要支援1・2の方は地域包括支援センターに依頼します。

↓

サービスの利用

① 申請

どの程度の介護が必要かを決めるため、本人又は家族が市の窓口で「要介護認定」の申請をします。
申請は、居宅介護支援事業者や介護保険施設にも頼めます。　**介護保険の「保険証」をご持参ください。**

② 調査

申請後、調査員がご家庭を訪問し、本人の状態について聞きとりを行います。
また、同時に市町村から直接かかりつけの医師に「意見書」を作成してもらいます

③ 認定

調査結果と主治医の意見書をもとにして、介護または支援が必要か否かの判定を行います。
判定は保健・福祉・医療の専門家で構成される「介護認定審査会」で行い、その結果により市が要介護度の認定をします。

④ サービス計画

サービスを利用するには、まずケアプランの作成を居宅介護支援事業者や地域包括支援センターへ依頼します。ケアプランは、利用限度額の範囲内で、本人と家族の希望に応じながらサービスを組み合わせて作成されます。

⑤ サービス開始

サービス費用の1割、一定以上所得者は2割又は3割を負担して、ケアプランにもとづいたサービスが受けられます。

6　サービスの内容

◇◇要介護1～5の方　◇◇

【サービスの内容】

身体介護サービス	●サービス準備・記録等　●排泄・食事介助　●清拭・入浴、身体整容 ●体位変換、移動・移乗介助、外出介助　●起床及び就寝介助 ●服薬介助　●自立支援のための見守り的援助
生活援助サービス	●サービス準備等　●掃除　●洗濯　●ベッドメイク　●衣類の整理・被服の補修　●一般的な調理、配下膳　●買い物・薬の受け取り

7　利用料金

（1）　介護保険サービス利用者負担額

・サービス利用による自費負担額は法定利用料に基づく金額です。

料　金　表

指定訪問介護

身体介護中心型	20分未満	163円／回
	20分以上30分未満	244円／回
	30分以上1時間未満	387円／回
	1時間以上1時間30分未満	567円／回
	1時間30分を超えて30分増すごとに	82円／回
生活援助中心型	20分以上45分未満	179円／回
	45分以上	220円／回
身体介助に引き続き生活援助を行う場合	20分以上45分未満の生活援助	309円／回
	45分以上70分未満の生活援助	374円／回
	70分以上の生活援助	439円／回
初回加算 （初回等に実施した訪問介護と同月にサービス提供責任者が訪問介護を行う場合等）		200円／初回時
緊急時訪問介護加算 （利用者、家族から要請を受けてケアマネージャーが必要と認め、訪問を行う場合）		100円／回
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）		利用料の 22．4%相当

＊口腔連携強化加算

事業所の従業員が口腔の健康状態の評価を実施し、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その結果を情報提供した場合に、1月1回に限り50単位（自己負担額50円）を加算する。

＊夜間、早朝（18：00～22：00、6：00～8：00）の場合25%増。深夜（22：00～6：00）の場合50%増。

＊訪問介護員2名派遣の場合　　200/100

＊法定代理受領の場合は上記金額の1割。（一定以上の所得がある場合は2割又は3割）ただし、経過措置、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。

＊事業所と同一建物の利用者にサービスを行う場合　90／100。

金融機関口座（西京銀行・山口銀行）からの自動引き落とし

（毎月 15日の引き落としとなります）

にじの丘指定口座への振り込み（手数料はご利用者の負担となります）

にじの丘受付窓口での現金支払い（月末迄にはお支払いください）

《サービスご利用にあたって》

訪問介護記録について

・サービス終了時に「訪問介護記録」を記入いたしますので、内容確認後捺印を頂きます。「訪問介護記録」は、生活の記録として保管下さい。

当社では、複写を5年間保管いたします。

・スタッフは、稼働前に前回の記録を確認いたしますので、所定の場所に保管願います。

身分証について

スタッフは常に身分証を携帯し、提示を求められたときはいつでも提示いたします。

サービスに使用する用具について

・サービスに必要な用具は、利用者様宅のものを使用させていただきます。

（洗剤・バケツ・オムツ・タオル・車椅子など）

・利用者様のお宅でサービスを提供するために必要となる水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者様にご負担いただきます。

車の駐車について

スタッフは車で訪問いたしますので、事前にお聞きした場所に駐車させて頂きます。

5） 医療行為について

スタッフは医療行為は出来ませんので、ご理解下さい。

6） お願い

・サービスは、利用者様宅についてからの開始になります。

（サービス時間外でのお買い物はいたしません）

・スタッフとの個人的なお付き合いは、ご遠慮ください。

（個人の電話番号などはお教えできません）

・金品の受け渡しはご遠慮願います。

8　サービスの終了など

（1）　サービスの終了

①利用者様のご都合での解約は、いつでも申し入れることができます。

契約終了を希望する７日前までに事業所に通知下さい。但し、利用者様が施設入居した場合等、正当な理由がある場合には即時に解約できます。

②事業者もしくは訪問介護員が以下の事項に該当する行為を行った場合には、ご利用者様は、本契約を解除することができます。

・事業者もしくは訪問介護員が正当な理由なく本契約に定める訪問介護サービスを実施をしない場合

・事業者もしくは訪問介護員が契約書の第8条に定める義務に違反した場合

・事業者もしくは訪問介護員が故意又は過失により利用者もしくはその家族等の生命・身体・財物・信用を傷つけることなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

③事業者は、利用者が以下の事項に該当する場合には本契約を解除することができます。

・利用者に支払能力があるにもかかわらずサービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず故意に支払わない場合

・利用者が、故意又は重大な過失により事業者もしくはサービス従事者の生命・身体・財物・信用を傷つけることなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせ、その状況の改善が見込めない場合

（2）　契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

①利用者が亡くなった場合

②当事業所が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合

③事業者が指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

④上記のサービスの終了に基づき本契約が解約又は解除された場合

⑤介護保険被保険者証の認定期間が満了し、その後自立となった場合

9　緊急時の対応方法

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。

【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(続柄)	
住所	

電話番号	

10　事故発生時の対応

(1)事業者は、サービスの提供によって事故が生じた場合には、速やかに利用者の家族等に連絡して必要な処置を講じます。

(2)事業者は、サービス提供を行うにあたって、事業者の責任と認められる事由によって利用者に損害を与えた場合には、速やかに利用者の損害を賠償します。

11　この契約に関する苦情・相談窓口

当事業所ご利用相談・苦情窓口

担当者	門田　幸恵
電話番号	083-287-2269　　(FAX)083－287－2212
受付時間	午前8時 30 分～午後5時 30 分　年中無休

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

1	下関市福祉部　介護保険課　事業者係 住所:下関市南部町21－19 受付時間:8:30～17:15 (土・日・祝日・年末年始を除く)	Tel:083-231-1371 Fax:083－231－2743
2	山口県国民健康保険団体連合会 住所:山口市朝田1980－7 受付日時:9:00～17:00 (土・日・祝日・年末年始を除く)	Tel:083-995-1010 Fax:083－934－3665

また、山口県社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」においても市区町村と連携しながら苦情対応を行っています。

窓　口	山口県社会福祉協議会　運営適正化委員会
電話番号	083-924-2837　　(Fax)083－924－2793

12　虐待の防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はそれの再発を防ぐために次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1)虐待防止に係る責任者を選定します。

虐待防止に係る責任者	役職:管理者　氏名:青柳雅子

(2)虐待防止に係る担当者を選定します。

虐待防止に係る担当者	役職:サービス担当責任者　氏名:門田幸恵

(3)訪問介護員に対して、虐待を防止するための研修を年 1 回実施します。

2　事業者は虐待又は虐待を疑われる事案は発生した場合は、速やかに市へ通報します。

13　衛生管理等

（1）訪問介護員の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行います。

（2）事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に努めます。

（3）事業所において感染症が発生し、またはまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

①事業所における感染症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をおおむね6か月に１回開催するとともに、その結果について訪問介護員に周知徹低します。

②感染症予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

③訪問介護員に対し、感染症予防及びまん延防止のための研修を定期的に実施します。

14　業務継続計画の策定等

（1）感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するため、もしくは非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

（2）訪問介護員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓錬を定期的に実施します。

（3）定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

１５．連帯保証人

本契約締結時に代理人(身元引受人)と定める者は、連帯保証人という意も含めるものと　します。よって、民法４４６条１項、２項、３項を適用するものとします

訪問介護利用にあたり、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。

事業所

（所 在 地） 山口県下関市菊川町大字田部 223-1

（事業所名） 訪問介護ステーション にじの丘

（説 明 者） サービス提供責任者

門田 幸恵 ㊞

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訪問介護の重要な事項について、事業所から説明を受け、同意の上受領しました。

令和 年 月 日

利用者

（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

保証人

（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞