

喜樂苑訪問介護事業所
重要事項説明書

社会福祉法人 清心会

重要事項説明書

当事業所のサービスをご利用いただくにあたり、重要な事項をご説明いたします。

1. 事業者の概要

指定事業者番号	4270101126
事業者の名称	喜楽苑訪問介護事業所
事業所の所在地	長崎市末石町154番地1
代表者名	理事長 向井 敦朗
管理者	江口 恵美
電話番号	(095) 878-2970
サービスを提供する地域	通常、事業の実施地域は長崎市の以下の地域とする。(以下の地域以外に関しては相談に応じます) 磯道町・江川町・大山町・上戸町・京太郎町・草住町・毛井首町 小ヶ倉町・国分町・小菅町・竿浦町・三和町・新小ヶ倉町・新戸町 末石町・ダイヤランド・為石町・大籠町・香焼町・蚊焼町・川原町 椿が丘町・鶴見台・土井首町・戸町・布巻町・晴海台町・平瀬町 平山町・深堀町・古道町・柳田町

2. 職員体制

資格の種類	員数	常勤	非常勤	(うちサービス提供責任者)
総数	38名	11名	27名	10名
介護福祉士等	23名	9名	14名	9名
ヘルパー2級等	14名	1名	13名	0名

(令和6年4月現在)

3. 営業時間

営業日	年中無休
事業所営業時間	平日 9:00 ~ 19:00 土日 9:00 ~ 18:00 (電話により24時間連絡可能)
サービス提供時間	月 ~ 金 9:00 ~ 17:00

4. サービスの概要

介護予防訪問介護サービス及び生活援助サービスの概要は、以下のサービスとなります。これらのサービスを利用者の日常生活全般の状況やご希望を踏まえて、訪問介護計画（次項）に基づいて行います。

種 類	内 容
身体介護	利用者の身体に直接接触して行う入浴・排せつ・食事の介助など 日常生活に必要な機能向上等の為の介助・専門的な援助をいいます。
生活援助	<p>日常生活に支障が生じないように行われる <u>調理・洗濯・掃除</u> 等を行います。</p> <p>このサービスは、支援が必要な利用者が一人暮らしである、又は同居されるご家族が障害・疾病（及び同様のやむを得ない事情）の為、調理・洗濯・掃除等の家事を行うことが困難な場合に限り提供されることになっています。</p> <p><u>但し、次にあげるサービスは提供できかねますので、予めご了承ください。</u></p> <ul style="list-style-type: none">×ご家族の為の調理・洗濯・布団干しなど×正月や節句などの特別な手間のかかる調理×利用者ご本人が使用しない居室などの掃除×来客の接待、洗車等×草むしり・植木の水やりや手入れ・ペットの世話×家具等の移動・修繕・模様替え・大掃除・ワックスがけ 窓拭き（大掃除的なもの）・家屋の修理など

5. 訪問介護計画書

- (1) 居宅サービス計画書の内容にそって、実際に提供する訪問介護サービスの内容について詳しく提示するものです。サービス提供責任者が作成します。
- (2) サービス提供責任者は、立案した計画が実施されているか点検し、利用者の希望にも配慮して、必要に応じて計画を変更します。また、居宅サービス計画書の変更に伴い、訪問介護計画書の変更が必要となった場合、速やかに変更します。
- (3) 計画変更の際はお知らせします。また、提供するサービスが介護保険適用外となってしまう場合には、内容及び料金等について説明し同意を得ます。

6. 基本料金表（令和6年4月1日）

介護保険負担割合証を確認し負担割合に応じてその額を負担していただきます。

※B) 利用負担分は1割負担を記載。2割・3割は表記負担額の×2・×3となります

サービス内容	提供時間	A) 保険給付	B) 利用者負担
身体介護中心	1 20分未満	1,498円	166円
	②20分以上30分未満	2,242円	249円
	③30分以上1時間未満	3,556円	395円
	④1時間以上	5,210円	579円
	⑤以降30毎に	概ね 753円毎加算	概ね 84円毎加算
身体介護に引き続いて生活 援助サービスを行った場合	上記①～④に連続 して20分未満	概ね 598円毎加算	概ね 66円毎加算
	以降25分毎に 70分まで	概ね 598円毎加算	概ね 66円毎加算
生活援助中心	20分以上45分未満	1,681円	187円
	45分以上	2,067円	230円
通院等乗降介助	1回につき	909円	101円
割増料金	訪問介護員二人対応	通常料金の2倍	
	夜間 (18:00～22:00) 早朝 (6:00～8:00)	通常料金の25%増し	
	深夜 (22:00～6:00)	通常料金の50%増し	
初 回 訪 問 時 加 算		1,837円	205円
緊 急 時 訪 問 時 加 算		918円	103円
生 活 機 能 向 上 連 携 加 算 I		918円	103円
生 活 機 能 向 上 連 携 加 算 II		1,837円	205円
特 定 事 業 所 加 算 II		上記金額に10%加算	
介 護 職 員 処 遇 改 善 加 算 I		1月の利用料金に13.7%加算	
介 護 職 員 等 特 定 処 遇 加 算 I		1月の利用料金に6.3%加算	
介 護 職 員 等 ベースアップ等支援加算		1月の利用料金に2.4%加算	
保険の枠を超えたサービス利用の場合		上記 A) + B) の金額	
キャンセル料	24時間前迄に連絡なく サービス利用中止の場合	500円 (但し体調の急変、緊急入院の場合を除く)	

7. 料金支払い方法

支払期日	利用月の 翌々の 12日 (例 1月利用→2月27日頃ご請求→3月12日支払期日) 但し、12日が金融機関休業日の場合は、直後の営業日となります。
支払方法	次のいずれかをお願い致します。 A)ご指定の金融機関からの自動引き落とし(手数料不要) B)現金持込み、又は現金書留によるご送金・指定口座への振り込み(手数料は、利用者負担となります)

8. 苦情及び(緊急時)相談窓口

事業所の連絡先	苦情・相談受付担当者 及び緊急時連絡窓口	管 理 者 江口 恵美
	苦情解決責任者	理 事 浦岡 健一
	受付時間	24時間受付 (上記以外の者でも受け付けます) 電 話 095-878-2970(直通) 095-878-7667(代表)
第三者委員会	松尾 英昭	095-878-8037
	高木 栄子	080-4313-2608
長崎市高齢者すこやか支援課		095-829-1146
長崎県国民健康保険団体連合会		095-826-1599

9. 緊急時等における対応方法

- (1) 当事業所の訪問介護員等が訪問中に、利用者の体調急変や事故等による緊急事態が発生した場合、速やかにご家族等に連絡するとともに、必要に応じ主治医への連絡・救急搬送等の対応を行います。
- (2) 当事業所の訪問時間外においては、上記窓口にて電話による対応を行い、利用者の緊急度合いにより、関係機関と連携し対応します。

10. 緊急連絡先(万が一に備えてご連絡先をご記入下さい)

医療機関	医療機関名	
	電話番号	
	主治医氏名	
ご家族等	氏名(続柄)	()
	電話番号	

1 1. 虐待防止について

- (1) 利用者の人権の擁護、虐待防止の為に次の措置を講じます。
 - ① 虐待を防止のための対策を検討する委員会の開催
 - ② 虐待の防止のための指針の作成
 - ③ 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
 - ④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者の選任
- (2) 事業所は、サービス提供中に当該事業所従業者又は擁護者(利用者の家族等高齢者を現に擁護するもの)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

1 2. 身体拘束等の禁止

- (1) 利用者もしくは利用者の生命または身体を保護するため緊急やむ得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(「身体拘束等」という)を行わないものとします。
- (2) 身体拘束を行う場合には、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得ない理由その他必要な事項を記録するものとします。
- (3) 身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。
 - ・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的な開催及びその結果について従業者への周知徹底を行います。
 - ・身体拘束等の適正化のために指針を整備します。
 - ・従業者に対する、身体拘束等の適正化を図るために定期的に研修を実施します。

1 3. 事業継続計画について

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時について、利用者に対する指定訪問介護事業所の提供を継続的に実施するため、また、非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画(以下「業務継続計画」という)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。

1 4. 衛生管理について

- (1) 感染症の予防及びまん延防止に努め、感染防止に関わる会議等においてその対策を協議し、対応指針などを作成し掲示を行います。
- (2) 研修会や訓練を実施し、感染対策の資質向上にと努めます。

【説明確認】

以上、訪問介護サービスの提供開始にあたり、重要事項を説明しました。これを証明するため本書2通を作成し、利用者、事業者が署名捺印の上、1通ずつ保有するものとします。

説 明 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(事 業 者)

〈 住 所 〉

_____ 長崎市末石町154番地 1

〈 名 称 〉

_____ 社会福祉法人 清心会 喜楽苑訪問介護事業所

〈 代 表 者 〉

_____ 理 事 長 向 井 敦 朗 印

〈 説 明 者 〉

_____ 印

(利 用 者)

私は、重要事項説明書の説明を受け、その内容を確認し同意します。

〈 住 所 〉

_____ 印

_____ 印

(利用者の代理人)

〈 住 所 〉

_____ 印

_____ 印