

第1号訪問事業及び事業対象者(介護予防訪問介護相当)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	介護予防訪問介護	第3910118102号	
管理者及び連絡先	サービス種類	管理者	連絡先
	介護予防訪問介護及び第1号訪問事業	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、介護予防訪問介護計画の作成
訪 問 介 護 員	利用者に対し、介護予防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00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、要支援者等の心身の特性を踏まえてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るよう入浴、排泄、食事の支援、その他全般にわたる支援を行うサービスです。

* 身体援助: 起床、就寝、食事、清拭、入浴、洗髪、整容、排泄、体位変換、服薬確認
衣類の着脱、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支援

5. 料金

(1) 利用料

料金	介護予防訪問介護及び第1号訪問事業費(Ⅰ) <週1回程度の利用が必要な場合> 要支援1・要支援2 1176単位/月 介護予防訪問介護及び第1号訪問事業費(Ⅱ) <週2回程度の利用が必要な場合> 要支援1・要支援2 2349単位/月
料金	介護予防訪問介護及び第1号訪問事業費(Ⅲ) <(Ⅱ)を超える利用が必要な場合> 要支援2 3727単位/月
加算	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。

* 上記の料金設定は時間別の報酬ではなく、月単位の定額報酬です。

自己負担金

支給区分	I(おおむね週1回)	II(おおむね週2回)	III(おおむね週2回を超える場合)
利用料金	¥11,760	¥23,490	¥37,270
自己負担額(原則1割負担)	¥1,176	¥2,349	¥3,727

※介護予防訪問介護計画(介護予防サービス又は介護予防サービス・支援計画がある場合は、それを踏まえた介護予防訪問介護計画)において、具体的な実施日、1回あたりの時間数や実施内容を定めます。

ただし、利用者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置づけられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

※利用料金は1か月ごとの定額制です。介護予防サービス又は介護予防サービス・支援計画において位置づけられた支給区分によって決まります。利用者の体調不良や状態の改善等によりサービスの利用が少なかった場合、また多かった場合でも、日割りでの割引・増額は致しません(ただし、次の場合については、日割り計算を行いそれぞれの単価にも基づいて利用料を計算します。)

[日割り計算を行う場合]

- ・月の途中で要介護から要支援に変更となった場合
- ・月途中で要支援から要介護に変更となった場合
- ・同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

※上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス時間提供時間ではなく、利用者様の介護予防サービス又は介護予防サービス・支援計画(ケアプラン)に定められた目安の時間を基準とします。

※当事業所は厚生労働大臣が定める特別指定地域に指定されています。よって特別地域加算体制をとらせていただいています。

③上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、利用者様の介護予防サービス又は介護予防サービス・支援計画(ケアプラン)及び介護予防訪問介護計画で定められた時間を基準とします。

(1)－2

・初回加算 200単位/月 → 2000円/月 自己負担200円/月

【新規に介護予防訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回若しくは初回に実施した介護予防訪問介護及び第1号訪問事業と同月内にサービス提供責任者が自ら介護予防訪問介護及び第1号訪問事業をする場合又は他の訪問介護員などが介護予防訪問介護及び第1号訪問事業をする際に同行訪問した場合】

・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、言語聴覚士、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、言語聴覚士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)5.5%介護職員等特定処遇改善加算(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、3 加算が一本化になります。

介護職員処遇改善加算 14.2%

・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

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

※ 契約者が要支援認定の申請をして、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。

要支援の認定を受けた後、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、介護予防サービス又は介護予防サービス・支援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

※訪問予定スタッフへの連絡調整もありますので、前日の17:30までにご連絡ください。

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、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間)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) 利用者が要支援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、介護予防支援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、要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援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します。

(3) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「介護予防サービス又は介護予防サービス・支

援計画(ケアプラン)」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「介護予防訪問介護計画」を作成します。なお、作成した「介護予防訪問介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします。

(4) サービス提供は「介護予防訪問介護計画」に基づいて行います。なお「介護予防訪問介護計画」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

- ・利用者に対する介護予防訪問介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る介護予防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、必要な管理を行います。
- 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。

※要支援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 国民健康保険連合会 (国保連) 「介護保険課」	所在地	高知市丸ノ内2-6-5
	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、その秘密を保持するべき旨を、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ん。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ん。
- 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

第1号訪問事業(介護予防訪問介護相当)契約の締結にあたり、本書面に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

第1号訪問事業(介護予防訪問介護相当)契約の締結にあたり、本書面に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