

つくしんぼの訪問介護 重要事項説明パンフレット

平成30年8月1日 改訂

このパンフレットは、訪問介護サービス利用契約にあたって、お客様やご家族の方に知っていただきたい事項を記載したものであり、契約書をご理解していただけるような内容となっております。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◎ 当事業所の概要

事業所名	訪問介護事業所 介護サービス九州
所在地	福岡市早良区高取2-13-1-101
指定事業所番号	4071400354
開設年月日	平成12年4月1日
連絡先	TEL 092-845-7610 FAX 092-845-7757
緊急時の連絡先	7-ダイヤル 0120-747-117 (24時間対応)
管理者氏名	西本 啓子
営業日・営業時間	平日 午前8時30分～午後17時30分 土曜日 午前8時30分～午後17時30分 休祝日 午前8時30分～午後17時30分 ※早朝、夜間の対応については相談に応じます。 年末年始 休日(12月29日～1月3日)
サービス提供実施地域 (交通費無料エリア)	福岡市早良区、西区、城南区、中央区、南区、博多区、東区 糸島市
ホームページアドレス	http://www.kaigoservice.jp
E-mail	info@kaigoservice.jp
事業の目的・運営方針	(1) 事業の目的 介護保険制度に基づくサービスを基本とし、その他利用者の要望に基づく各種事業を総合的に展開していく。 (2) 運営方針 企業理念である「心がやすらぐ介護をめざして」を社員一人一人が心に刻み、常に利用者の尊厳を守り、また守秘義務に勤め、真の笑顔を求めて業務を推進する。自立支援に向けて、関係機関と綿密な連携を図り、総合的なサービス体制作りを図っていく。

◎ 当事業所の職員体制

当事業所では、お客様に対して指定訪問介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況> 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	資 格	常 勤	非常勤	計	
管理者	介護福祉士・ 基礎研修課程修了者	名 ()	名 ()	名 ()	
サービス 提供責任者	介護福祉士・ 基礎研修課程修了者	名 ()	名 ()	名 ()	
	ホームヘルパー養成研修 修了者（1級）	名 ()	名 ()	名 ()	
サービス 従事者	訪問 介護 員	介護福祉士・ 基礎研修課程修了者・ 看護師・准看護師	名 ()	名 ()	名 ()
		ホームヘルパー養成研修 修了者（1・2級） 介護職員初任者研修修了者	名 ()	名 ()	名 ()

- 訪問介護員は、介護福祉士または訪問介護員養成研修1～2級課程、介護職員初任者研修を修了したもの、または、看護師・准看護師です。
- 介護福祉士は、身体上・精神上の障害により日常生活を営むのに支障がある人の介護を行ったり、また家族介護者等に介護に関する指導を行います。
(介護福祉士養成施設を卒業するか、介護福祉士国家試験に合格することが必要。)
- 訪問介護員は、常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでも提示をもとめることができます。

◎ こんなサービス（ホームヘルプサービス）が利用できます。

介護保険の訪問介護（ホームヘルプサービス）は、サービスの内容により、「身体介護」「生活援助」の2つに分けられます。

まず、「身体介護」「生活援助」とは、それぞれ次のようなサービスです。

身体介護

ホームヘルパーが

- ①お客様の身体に直接触れて行う介助。
- ②介助に必要な準備及び後かたづけ。
- ③お客様が日常生活を営むのに必要な機能の向上等のための介助や専門的な援助です。

起床介助



就寝介助



排泄介助



衣服の着脱



◎ こんなサービス（ホームヘルプサービス）が利用できます。

身体整容

（爪きり・耳かき・髪を梳くなど）



身体の清拭・洗髪



入浴介助



食事介助



体位変換



服薬介助



移乗・移動介助



通院・外出介助



◎ こんなサービス（ホームヘルプサービス）が利用できます。

生活援助

掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助であり、お客様が単身のため、または家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいいます。

掃除・ごみ出し



洗濯



調理



ベッドメイク



衣服の整理・被服の補修



買い物



薬の受け取り



○ サービスの内容は変更することができますので、変更を希望される場合は、担当者（管理者 西本啓子：連絡先092-845-7610）までご相談ください。

◎ 次のサービスは（原則として）介護保険では提供できません。



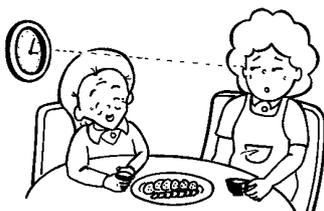
お客様本人以外の洗濯・調理・買い物・布団干し



主としてお客様が使用する居室等以外の掃除



来客の応接
(お茶、食事の手配など)



話し相手のみ・留守番



自家用車の洗車・清掃



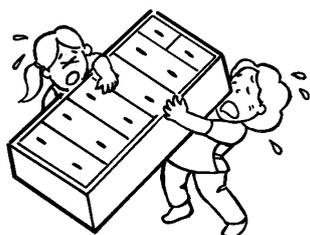
草むしり



花木の水やり



ペットの世話(犬の散歩など)



家具・電気器具等の移動、
修繕、模様替え



大掃除、窓のガラス磨き、
床のワックスがけ



室内外家屋の修理、
ペンキ塗り



園芸
(植木の剪定など)



特別な手間をかけて行う料理
(おせち料理など)

◎ サービスの料金は、3種類あります。

サービスの利用料は、国が定めた公定価格（介護報酬）の1割負担となっています。（※割引している事業者は、その旨も記載。）

利用料の種類は、次の3種類があります。

①身体介護型

（たとえば、簡単な調理の後、食事介助を行う場合など）

②生活援助型

（たとえば、お客様の居室から居間までの移動介助を行った後、居室の掃除を行う場合など）

③身体生活型

（①と②を行う場合）

お客様は、身体介護と生活援助のうち、利用される個別のサービスの内容（組み合わせ）により、「身体介護型」、「生活援助型」、または「身体生活型」のいずれかの利用料をお支払いいただきます。

◎ 私の利用料は、「身体介護型」？「生活援助型」？それとも「身体生活型」？

利用料を決めるためには、お客様が実際に利用されるサービスの種類やその組み合わせを決めていただく必要があります。

訪問介護で提供されるサービスの種類は、「身体介護」に属する①動作介護、②身の回り介護、③生活介護と、「生活援助」の4種類があります。

身体介護

①動作介護 → 体位の変換や服薬の介助など、
“比較的手間のかからない介護”をいいます。

②身の回り介護 → おむつの交換や排せつの介助など、
“ある程度手間のかかる介護”をいいます。

③生活介護 → 食事の介助や入浴の介助など、
“相当手間や時間もかかる介護”をいいます。

生活援助

→ 掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助をいいます。

<各サービスの組み合わせ事例>

身体介護			生活援助		
①動作介護	②身の回り介護	③生活介護			
<ul style="list-style-type: none"> ・服薬の介助 ・水分補給 ・採尿バッグの交換 ・起床介助 ・座位保持 ・就寝介助 (臥床介助) ・体位変換 ・移乗介助 ・身体介護サービスに伴う日常相談 	<ul style="list-style-type: none"> ・歩行の見守り ・トイレ誘導 ・更衣の見守り ・入浴の見守り ・整容(爪きり、耳かきなど) ・洗面介助 ・口腔ケア ・部分浴介助 ・部分清拭 ・更衣介助 ・おむつ交換 ・排せつ介助 ・身体介護サービスに伴う専門相談 	<ul style="list-style-type: none"> ・食事介助 ・全身清拭 ・洗髪介助 ・認知症の方の見守りの介助 ・自立生活支援のための見守りの援助 ・入浴介助 ・シャワー浴介助 ・特別食の調理(刻み食、ミキサー食等) ・外出介助、通院介助 	<ul style="list-style-type: none"> ・掃除 ・ごみ出し ・洗濯 ・調理 ・ベッドメイク ・衣服の整理 ・被服の補修 ・買い物 ・薬の受け取り 		
	○	○	○	⇒	身体介護型
○		○	○	⇒	
○	○		○	⇒	
		○	○	⇒	
	○		○	⇒	
○				⇒	
	○			⇒	
○	○	○	○	⇒	
○			○	⇒	生活援助型
			○	⇒	

※ 身の回り介護や生活介護に分類されるサービスを利用する場合、「身体介護型」の料金となります。

※ 動作介護に分類されるサービスを利用する場合、サービスの組み合わせによっては、「身体生活型」または「生活援助型」の料金になります。

◎ 具体的な利用料は、次の通りです。(平成 30 年 8 月 1 日改定)

利用料は、サービスの内容・利用する時間帯・利用する時間の長さによって異なります。下の表の「利用料」はお客様が自己負担していただく目安の金額です。(下記一覧は「サービス費用」の 1 割ですので、「介護保険負担割合証」に記載されている負担割合により 2 割負担の方は 2 倍という様に算出して下さい。)

「特定事業所加算(Ⅱ)」を含んだ金額になっています。

(1 割負担の 1 回あたり)

区分	提供時間	利 用 料			
		20 分以上 30 分未満	30 分以上 1 時間未満	1 時間以上 1 時間 30 分未満	1 時間半以上は 30 分増すごとに
身体介護型	昼間	292 円	463 円	677 円	約 97 円
	早朝 夜間	365 円	580 円	846 円	約 122 円
	深夜	438 円	696 円	1015 円	約 147 円
身体生活型	昼間		369 円	447 円 541 円	
	早朝 夜間		462 円	560 円 677 円	
	深夜		554 円	671 円 812 円	
		20 分以上 45 分未満	45 分以上		
生活援助型	昼間	213 円	262 円		
	早朝 夜間	266 円	328 円		
	深夜	320 円	395 円		

※ 身体生活型（1 時間以上 1 時間 30 分未満）の上段は 20 分以上 30 分未満の身体介護 + 45 分以上 70 分未満の生活援助、下段は 30 分以上 1 時間未満の身体介護 + 20 分以上 45 分未満の生活援助の場合の利用料です。

※ 昼間（午前 8 時から午後 6 時まで）以外の時間帯でサービスを行う場合は、次の割合で利用料が割増になります。

提供時間帯	早 朝	夜 間	深 夜
時 間 帯	午前 6 時から 午前 8 時まで	午後 6 時から 午後 10 時まで	午後 10 時から 翌朝午前 6 時まで
加 算 割 合	25%	25%	50%

※ やむを得ない事情で、かつ、お客様の同意を得て 2 人で訪問した場合は、2 人分の料金となります。

◎ 平成 30 年 4 月 1 日現在、以下の加算が適用されます。

加算の種類	利用料	算定の要件
訪問介護処遇改善加算 I	(1 か月の総単位数 × 13.7% × 10.70) の負担割分	厚生労働省が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施している事業所がサービスを行なった場合。
緊急時訪問介護加算	1 回につき 107 円 (1 割負担) 214 円 (2 割負担) 321 円 (3 割負担)	お客様やその家族から要請を受けて、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き、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(身体介護)を行った場合。
訪問介護初回加算	214 円 (1 割負担) 428 円 (2 割負担) 642 円 (3 割負担)	新規に利用される場合や、入院などにより 2 か月以上利用がなかった場合など、利用開始(再開)の際に、訪問介護計画書を作成したお客様に対して、初回に実施した同月内に、サービス提供責任者が、自らサービス提供を行った場合、または他の訪問介護員などがサービス提供を行う際に同行訪問した場合。
訪問介護生活機能向上連携加算 I	初回のサービス月のみ 107 円 (1 割負担) 214 円 (2 割負担) 321 円 (3 割負担)	訪問リハ・通所リハ事業所やリハビリ実施医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画書を作成し、サービス提供を行った場合。
訪問介護生活機能向上連携加算 II	初回のサービス月以降 3 月の間 1 か月につき 214 円 (1 割負担) 428 円 (2 割負担) 642 円 (3 割負担)	訪問リハ事業所の理学療法士などが訪問リハを行う際に、サービス提供責任者が同行し、共にアセスメントを行い、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画書を作成し、サービス提供を行った場合。
特定事業所加算(II)	所定単位数の 10% (上記利用料金に含まれています)	サービスの質の高い事業所を積極的に評価する観点から、人材の質や確保や介護職員の活動環境の整備、重度要介護者への対応などを行っている事業所に認められる加算。

◎ 交通費

通常のサービス提供実施地域（※） → 無料
それ以外の地域 → お客様の実費負担となります。
（※）通常のサービス提供地域については、1ページに記載しています。

- 買い物時や薬の受けとり時の交通費 → お客様の実費負担となります。
- 通院介助時の交通費 → お客様の実費負担となります。

◎ 水道代・ガス代

お客様のご自宅で、サービス実施のために水道・ガスを利用した場合、その代金はお客様の実費負担となります。

◎ 電話代

お客様のご自宅で、サービス実施のためにやむを得ず電話を利用した場合、その代金はお客様の実費負担となります。

◎ コピー代

お客様の希望に応じて、記録票を開示いたします。
記録票をコピーした場合、お客様の実費負担となります。（1枚あたり10円）

※ 事業者は、訪問介護の提供に関する記録を作成し、契約終了後5年間保管しています。

◎ キャンセル料

お客様の都合により、予約していたサービスの利用を中止する場合、キャンセル料が必要となる場合があります。
詳しくは、下の表の通りです。



サービス提供の 12 時間前までに連絡がない場合	利用料（またはサービス費用）の 100% を請求します。
サービス提供の 12 時間～24 時間前までの間に連絡があった場合	利用料（またはサービス費用）の 50% を請求します。
サービス提供の 24 時間前までに連絡があった場合	キャンセル料は不要です。

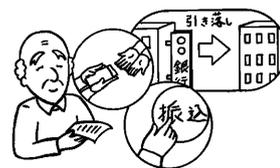
※ ただし、お客様の容態の急変など、緊急時や、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

◎ 要介護認定前にサービスを利用した場合

要介護認定前でもサービスを利用できますが、認定の結果自立となった場合には、所定の利用料を負担していただきます。

また、認定結果によって、利用限度額を超えた場合は、その超えた分をご負担していただくことになります。

◎ 支払方法



- サービス提供における利用料は、翌月15日までに前月分の請求をいたします。（「請求書」を送付します。）
- 添付しております請求明細により必ずサービス内容をご確認ください。
- 支払方法は、原則として **口座自動引き落とし** となります。

※ 口座引き落としの場合には、領収書を発行いたしません。振替と同時に領収とさせていただきます。（ただし、医療費控除手続等に必要な場合にはお申し出ください。）

※ ご指定口座よりの引き落とし日は、毎月15日です。

- お客様の支払方法は【契約書】（別紙）に記載します。

◎ 緊急時の対応方法

お客様の病状の急変やその他必要な場合には、下記に記載の主治医（かかりつけ医）ならびにご家族の方に直ちに連絡し、必要な措置を講じます。



	主治医 (かかりつけ医)	ご家族 ()	その他 ()
氏名			
連絡先 (電話番号)			
住所 (所在地)			

◎ 日常的金銭管理・財産管理・権利擁護等への対応

- 当事業所は、お客様にサービスを提供する際に付随した日常的金銭管理・財産管理については、生活援助として行う買い物等に伴う少額の金銭の管理以外は、取扱いしません。
- お客様に日常的金銭管理や財産管理の必要が生じた場合、また財産侵害や虐待等に対するお客様の権利擁護等の必要が生じた場合には、お客様のご希望も踏まえながら、適切な公的窓口等の第三者機関をご紹介します。

◎ サービス提供中における事故発生時の対応

- 事故・緊急時の対応
 - ・ 第一発見者による救急活動。(本人の状態把握。)
 - ・ 事務所への連絡。
 - ・ 主治医への連絡。
 - ・ 緊急時連絡先(家族等)への連絡。
 - ・ 救急車手配。(場合によっては同乗、家族到着まで待機。)
- 当社の再発防止策等
事故対策委員会を設置し、随時活動しています。
 - ・ 事故報告の管理・分析。
 - ・ 事故にまで至らないが、放置すれば事故となり得る事例を報告し、未然に防ぐ方法を検討。
 - ・ 事故原因の究明、再発防止策の検討。
 - ・ 事故対策委員会での検討事項を全体会議、研修会などにおいて全職員に報告し、事故の再発防止を周知徹底させる。

◎ 損害賠償

当事業所は以下の内容で損害賠償保険に加入しています。
当事業所がお客様に対して賠償すべきことが起こった場合は、誠実に対応するとともに、契約書本文第8条の規定に基づき、当事業所は保険を活用し賠償をいたします。



加入保険名	東京海上日動保険 「居宅介護事業者」賠償責任保険
当事業所の連絡担当者	(氏名) 小村 宏 (連絡先) 0120-747-117

- こんなときに適用されます。
 - ・ 当事業所のサービス提供中に発生したお客様の怪我等の事故
 - ・ 当事業所のサービス提供中に発生したお客様の財物の損壊、紛失詐欺等の損害

◎ プライバシーについて

- 当事業所は、お客様にサービスを提供するうえで知り得た情報は、決して第三者に漏らすことはありません。契約終了後も同様です。
- サービス担当者会議などでお客様やそのご家族の情報を利用するには、お客様の同意が必要となりますので、別に作成する同意書(「訪問介護利用契約における個人情報使用同意書」)に署名・押印いただくこととなります。



◎ こんな場合はこちらまで

- 担当者と連絡を取りたい場合
- 予約していたサービスの利用を中止したい場合
- 深夜などに緊急を要する場合

上記の場合は、すみやかにこちらまでご連絡ください。

092-845-7610



- サービスの提供に関して苦情や相談がある場合

当事業所では、より一層のサービスの充実を図るため「苦情相談窓口」を設置しており、皆様からの苦情に的確にかつ迅速に対応できるようにしております。



<当社の苦情相談窓口>

担当者 小代 徹（事業所長）	（連絡先） 092-845-7610
-------------------	--------------------

<苦情解決方法>

- ① 苦情受付
苦情は面接、電話、書面などにより随時受け付けています。
 - ② 苦情受付の報告、確認
受け付けた苦情を苦情解決責任者へ報告いたします。
 - ③ 苦情解決のための話し合い
苦情解決責任者は、苦情申し出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。
- ※当事業所で解決できない苦情は、下記の窓口に申し立てることが出来ます。

<行政機関その他苦情受付機関>

※対応時間 午前9時～午後5時

<input type="checkbox"/>	福岡市早良区役所 介護保険課	所在地 福岡市早良区百道2-1-1 TEL 092-833-4352
<input type="checkbox"/>	福岡市西区役所 介護保険課	所在地 福岡市西区内浜1-4-1 TEL 092-895-7063
<input type="checkbox"/>	福岡市城南区役所 介護保険課	所在地 福岡市城南区鳥飼6-1-1 TEL 092-833-4170
<input type="checkbox"/>	福岡市中央区役所 介護保険課	所在地 福岡市中央区大名2-5-31 TEL 092-718-1099
<input type="checkbox"/>	福岡市南区役所 介護保険課	所在地 福岡市南区塩原3-25-3 TEL 092-559-5127
<input type="checkbox"/>	福岡市博多区役所 介護保険課	所在地 福岡市博多区博多駅前2-19-24 TEL 092-419-1078
<input type="checkbox"/>	福岡市東区役所 介護保険課	所在地 福岡市東区箱崎2-54-1 TEL 092-645-1071
<input type="checkbox"/>	糸島市役所 介護・高齢者支援課	所在地 福岡県糸島市前原西1-1-1 TEL 092-332-2070
福岡県国民健康 保険団体連合会		所在地 福岡市博多区吉塚本町13-47 TEL 092-642-7859 FAX 092-642-7857

◎ ケアマネジャーや主治医（かかりつけ医）との連携

- 当事業所は、サービスの提供にあたり、ご担当のケアマネジャーや主治医（かかりつけ医）との緊密な連携を図り、より良いサービスを提供いたします。
- また、お客様がケアプラン（居宅サービス計画）の変更を希望される場合は、速やかにご担当のケアマネジャーへ連絡し、調整いたします。

◎ 契約の終了

以下の場合契約は自動的に終了します。
お客様が

- ① 死亡、不明などの場合
- ② 自立（非該当）認定された場合
- ③ 要支援状態と認定された場合
- ④ 2週間以上行方不明になった場合
- ⑤ 介護保険施設に入所（入院）した場合

◎ 解約について

お客様は、当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合などには、文書で通知を行い、直ちに契約を解約することができます。

当事業所が事業を休廃止する場合や、やむを得ない事情によりサービスの提供が困難になった場合に、契約を解約する場合があります。（1か月前に文書でお知らせいたします。）

◎ サービス提供における事業者の義務

当事業所では、お客様に対してサービスを提供するにあたって次のことを守ります。

- ① お客様の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② お客様の体調、健康状態からみて必要な場合には、お客様またはその家族等から聴取、確認します。
- ③ サービスの提供にあたって、緊急時の連絡先として主治医を確認するなど、医師・医療機関への連絡体制の確保に努めます。
- ④ お客様に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、お客様または代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤ サービス実施時に、お客様に病状の急変等が生じた場合には、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じます。
- ⑥ 事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たお客様またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。
（守秘義務）
 - ・ ただし、お客様に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にお客様の心身等の情報を提供します。
 - ・ サービス担当者会議など、お客様に係る他の介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、お客様またはその家族等の個人情報を用いることができるものとします。

この重要事項説明パンフレットを証するため本書2通を作成し利用者、事業者が署名押印のうえ、1通ずつ保有するものとします。

平成 年 月 日

<事業者>

所在地 福岡市早良区西新7丁目15番17号

事業者名 介護サービス九州株式会社

代表者名 代表取締役 渡辺 弘幸 印

<説明者>

サービス提供事業所 訪問介護事業所 介護サービス九州

氏 名 印

上記の説明を受け、了承しました。

平成 年 月 日

<利用者>

住 所

氏 名 印

<利用者代理人（選任した場合）>

住 所

氏 名 印