

重要事項説明書／個人情報同意書

訪問介護サービス事業・第1号訪問事業

訪問介護サービスの提供にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 当事業所が提供するサービスについてのご質問・ご相談窓口

おかやまコープ ホームヘルプサービスセンター	電話	086-256-3233
	FAX	086-214-3615
	受付時間	8時30分～17時00分（月曜日～金曜日）
	緊急時連絡先	086-256-3233 （時間外は電話転送による対応）
管理者	太田裕子	
サービス提供責任者	太田裕子、斎藤智子、堀田結花	

2. 事業者概要

事業所名称	おかやまコープ ホームヘルプサービスセンター		
所在地	岡山市北区奉還町一丁目7-7		
法人の種類別	生活協同組合	代表者名	理事長 田中照周
事業所指定番号	訪問介護（岡山市指定）	3370100889	
	第1号訪問事業（岡山市指定）	3370100889	
サービスを提供する地域※	岡山市（旧灘崎町、旧御津町、旧建部町、旧瀬戸町を除く）		

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください

3. 当事業所の職員体制

職種・資格		
管理者		1名
サービス提供責任者		3名
ホームヘルパー等 のサービス従事者	介護福祉士	11名
	その他有資格者	7名

4. 営業日／休業日

営業日／営業時間	月曜日～金曜日／8:30～17:00
休業日	土曜日、日曜日、及び12月30日から1月3日

5. 事業の目的・運営の方針

事業の目的	利用者および家族の依頼を受けて、適切な訪問介護サービスを提供することで利用者の自立を支援します。
運営の方針	<p>(1) 利用者の心身の状況、おかれている環境に応じた適切な訪問介護サービスが総合的・効率的に提供されるよう配慮します。</p> <p>(2) 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスを提供します。</p> <p>(3) 事業の実施にあたり、行政や居宅介護支援事業所、介護保険施設、医療機関等との連携を図り、福祉・医療・保健の視点にたち、総合的なサービスの提供ができるよう配慮します。</p> <p>(4) 要介護（要支援・事業対象者）状態の軽減、悪化の防止、要支援・事業対象者にあっては要介護状態とならないように予防するとともに、医療サービスとの連携を十分に配慮します。自ら提供する訪問介護サービスの質の評価を行い、常に改善をはかるように努めます。</p>

6. サービスの利用料及び利用者負担 … 2024年6月介護報酬改定

■訪問介護費（負担割合が1割の場合）（ ）内が利用者負担額です

身体介護	(1) 20分以上30分未満 ⇒ 2,736円 (利用者 274円)
	(2) 30分以上1時間未満 ⇒ 4,349円 (利用者 435円)
	(3) 1時間以上1時間30分未満 ⇒ 6,371円 (利用者 638円)
	に30分増すごとに+918円 ~ (利用者負担 +92円~)
生活援助	(1) 20分以上45分未満 ⇒ 2,011円 (利用者 202円)
	(2) 45分以上 ⇒ 2,470円 (利用者 247円)
身体介護(1)(2)(3)に引き続いて生活援助を行なった場合、身体介護に加えて	生活援助20分以上45分未満 + 735円 (利用者+74円)
	生活援助45分以上70分未満 + 1,460円 (利用者+146円)
	生活援助70分以上 + 2,195円 (利用者+220円)

■訪問介護従前相当サービス費（身体的見守りがある場合）（ ）内が利用者負担額です

訪問型サービス費（Ⅰ）要支援1・2、事業対象者で週1回程度の訪問	月額 12,006円 (1,201円)
訪問型サービス費（Ⅱ）要支援1・2、事業対象者で週2回程度の訪問	月額 23,983円 (2,399円)
訪問型サービス費（Ⅲ）要支援2で週2回を超える訪問	月額 38,052円 (3,806円)

■生活支援サービス費（生活援助のみの場合）

訪問型サービス費（Ⅰ）要支援1・2、事業対象者で週1回程度の訪問	月額 8,801円 (881円)
訪問型サービス費（Ⅱ）要支援1・2、事業対象者で週2回程度の訪問	月額 17,571円 (1,758円)
訪問型サービス費（Ⅲ）要支援2で週2回を超える訪問	月額 27,791円 (2,780円)

※「事業対象者」は要支援1と同等の基本利用料金となります。（その他加算も同様です）

■その他、要件に応じて基本介護報酬に加算される訪問介護費

初回加算 2,042円 (利用者205円) /月 (第1号訪問事業共通)

初回もしくは初回月にサービス提供責任者による訪問援助または担当ヘルパーへの同行訪問した場合加算します。

早朝、夜間、深夜の加算

早朝（6～8時）夜間（18時～22時）の時間帯に訪問した場合は、所定料金の125%に、深夜（22時～6時）の時間帯に訪問した場合は、所定料金の150%になります。

緊急時訪問介護加算 1,021円 (利用者103円) /回

利用者様（ご家族）からの要請により、ケアプランに位置づけられていなくてもケアマネジャーが必要と認めた緊急時の身体介護サービスに対する加算です。

2名ヘルパー加算 200% /回

同時に2人のヘルパーが援助したときに算定します。利用者様の身体的理由により1人のヘルパーでは対応ができないなどの要件を満たす場合に算定し、事前に同意をいただきます。

サービス提供資格評価加算 102円 (利用者11円) /回 (第1号訪問事業のみ)

岡山市が指定する研修修了者でもサービス提供は可能だが、指定訪問介護の訪問介護員の資格要件を有する職員によるサービス提供を評価する加算です。

上級資格責任者配置加算 10% (第1号訪問事業のみ)

訪問型サービスAのサービス提供の責任者は、緩和基準により資格要件は撤廃されますが、指定訪問介護のサービス提供責任者の資格要件を有する職員の配置による体制整備を評価する加算です。

■当事業所の業務運営や職員の体制等に関する加算

特定事業所加算（Ⅱ） 訪問介護費の10%

毎回の援助内容を次回訪問に活かすための連絡体制の整備やヘルパーへの技術指導を目的とした会議の定期開催などの業務運営体制、サービス提供責任者が実務経験のある介護福祉士資格者であること等の人材要件を満たす場合には特定事業所と認められ訪問介護費の10%が加算されます。（訪問介護費の表内は加算後の金額）

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 介護報酬総額の24.5% (第1号訪問事業共通)

ヘルパーや介護職員等の処遇を改善するための加算です。資質向上を目的に職員研修や賃金改善などの一定要件を満たす事業所に対し、介護報酬の24.5%が加算されます。（月々ご利用いただいた介護報酬総額に対し24.5%が加算されます。）

従来の処遇改善加算等に加え、ヘルパーや介護職員等に対し、国の経済政策として2024年2月～5月まで支援補助金が交付されていましたが、2024年6月より新たな処遇改善加算として一本化されました。

■介護報酬1単位の単価

岡山市に所在する事業所として介護報酬1単位は10,210円で計算されます。（7級地）

■厚生労働省の定める介護保険法での介護報酬単価及び岡山市が定める報酬単価に基づき、介護負担割合証に記載されている負担割合を乗じた額が利用者様のご負担となります。ただし、区分支給限度額（給付限度額）を越えてサービスをご利用の場合は、超えた料金は全額自己負担となります。また、介護保険料の滞納等で給付制限を受けている場合は、償還払いとなる場合があります。※介護保険対象外サービスの料金は別途定めます。

[その他の費用]

内 容	説 明			
交通費	事業実施地域の場合は無料です。 エリア外の場合、実費相当分を負担していただきます。 ・実施地域を越えて1kmを超えるごとに20円を増額します。			
買い物等代行交通費	ご利用者様のご依頼による買い物等代行や外出同行、諸手続きの代行業務に必要な交通費は実費を申し受けます。バイク・車を使用した場合は、1kmにつき20円をサービス料金とともに請求させていただきます。			
電話代	買い物代行等の時、外出先から訪問介護員が代替品の確認等で利用者様宅へ電話確認をした場合の電話料金は実費を請求させていただきます。			
キャンセル料金	利用者側のご都合でサービスを中止される場合には、下記のキャンセル料を申し受けます。			
	<table border="1"> <tr> <td>サービス利用前日の17時までにご連絡いただいた場合</td> <td>無料</td> </tr> <tr> <td>サービス利用前日の17時以降（当日）にご連絡をいただいた場合（ご連絡がなかった場合を含む）</td> <td>1回830円 （キャンセル料）</td> </tr> </table>	サービス利用前日の17時までにご連絡いただいた場合	無料	サービス利用前日の17時以降（当日）にご連絡をいただいた場合（ご連絡がなかった場合を含む）
サービス利用前日の17時までにご連絡いただいた場合	無料			
サービス利用前日の17時以降（当日）にご連絡をいただいた場合（ご連絡がなかった場合を含む）	1回830円 （キャンセル料）			
※ただし、利用者ご本人の体調急変（救急搬送または入院）の場合は請求しません。				

7. 料金の支払い方法

利用のあった月ごとに集計し翌月に請求を行い、指定された口座での引き落としとさせていただきますので、指定口座への入金等の確認をお願いします。（ただし、口座登録をされていない方は現金でのお支払いとなりますのでご確認をお願いします）

8. 個人情報の保護と取り扱い

当事業所は、利用者サービスを提供するうえで知り得た情報は、契約期間中はもとより契約終了後においても、決して第三者に漏らすことはありません。また、利用者やご家族に関する個人情報が含まれている記録物に関しては、注意をもって管理を行い、処分の際には漏洩の防止に努めます。ただし、当事業所がサービスを提供する際に利用者やご家族に関して知り得た情報については「サービス担当者会議」等でサービスの利用調整を行う際に必要になります。利用者やご家族の個人情報を他のサービス事業所や医療機関等の第三者に提供するにあたっては、あらかじめ同意していただくことになります。

9. 緊急時の対応方法

サービス提供中にご利用者の容体に変化などがあった場合は、事前の打ち合わせに従って、親族、主治医、救急隊、居宅介護支援事業所などへ連絡いたします。事業所への連絡は、24時間可能です。（夜間は、電話転送となります）

※ご本人の意思を尊重した対応を行うことを基本とします。ただし例外によりこの限りではありません。

10. 事故発生時の対応

- ① 迅速な事故処理をします
- ② ご家族（親族）、居宅介護支援事業所、市町村等に連絡します。
- ③ 損害賠償の責めに負う必要があるときは速やかに応じます。
- ④ 再発防止策を講じます。
- ⑤ 事故の状況及び事故に際してとった処置について記録をします。

11. 損害賠償について

当事業所が利用者に対して賠償すべき事が起こった場合は、契約書本文に基づいた賠償をいたします。

12. サービスの苦情を処理するために講ずる措置の概要

当事業所は提供したサービスに苦情があった場合、サービス提供責任者と管理者が速やかに対応します。

① 処理対応窓口の設置

② 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順苦情

- 1) 苦情処理にあたっては、常に利用者の立場に立って対応する。
- 2) 寄せられた苦情は、苦情処理記録台帳に記録し、完結した日から5年間保存する。
- 3) 苦情処理の対応経過、処理方法を記載し管理者もしくは福祉グループ統括が決済する。
- 4) 苦情処理の方針について関係者との連携を行う。
- 5) 苦情対応の改善について利用者に確認する。
- 6) 苦情処理は、1日以内に行われることを原則とする。
- 7) 苦情処理の成果等も台帳に記録するとともに従業者間で共有する。

③ 苦情があった場合の対応措置の概要

- 1) 管理者は、利用者（家族）から苦情が寄せられたら、訪問介護員等にも連絡をとり事実の確認を行う。その結果を介護支援専門員にも報告する。
- 2) 管理者は、利用者からの苦情が、居宅介護支援事業所や市町村、国保連に寄せられたら事実関係の確認など積極的に協力する。また、苦情処理に対し寄せられた指導・助言には、従って必要な改善を行う。
- 3) 管理者は、訪問介護員等と十分に話し合いを行い、今後の再発防止に向けて必要な措置を講じる。
- 4) その他：日常的に苦情がでないようなサービス提供を心掛けるとともに、サービス提供責任者、訪問介護員への研修を定期的実施する。

サービスの提供に関して苦情や相談がある場合には、以下までご連絡ください。

窓 口	連絡先
おかやまコープ ホームヘルプサービスセンター	電話 086-256-3233 / FAX 086-214-3615
	営業時間 8時30分～17時00分
	営業日 月曜日～金曜日（12月30日～1月3日休み）
	【苦情相談窓口担当者】太田裕子、三宅輝政

1.3. 介護保険の苦情や相談に関しては、他に下記の窓口があります。

岡山県国民健康保険団体連合会（8：30～17：00）	連絡先 086-223-8811
岡山市介護保険課（8：30～17：15）	連絡先 086-803-1240
岡山市事業者指導課（8：30～17：15）	連絡先 086-221-1012
岡山市地域包括ケア推進課（8：30～17：15）	連絡先 086-803-1256

訪問介護サービス及び第1号訪問事業の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項の説明をおこないました。

事業者 [法人] 生活協同組合 おかやまコープ

[名称] おかやまコープ ホームヘルプサービスセンター

[住所] 岡山県岡山市北区奉還町一丁目7-7 印 [説明者印]

私は、本書面により重要事項内容の説明を受け承しました。

あわせて、おかやまコープ ホームヘルプサービスセンターが私や家族の個人情報サービスをサービス担当者会議等で使用することに同意します。

年 月 日

[利用者 氏名] _____ 印

(代理人 氏名) _____ 印

※代理人は利用者が心神喪失その他の事由により判断ができない時に利用者に代わって署名・捺印をお願いします。

[家族代表 氏名] _____ 印

2024年6月版