

# 瑠璃光苑

## 「居宅介護・重度訪問介護・同行援護・移動支援」

### 重要事項説明書

利用者の皆様が安心してご利用していただくためのサービス内容、お願い事項の説明書です。

(以下 令和3年 8月1日現在 )

## 1 事業者

法人名 社会福祉法人 東方会  
住所 〒848-0035 伊万里市二里町大里乙 3602-1  
電話番号 0955-29-8166 FAX番号 0955-29-8167  
代表者氏名 理事長 大宅啓子  
設立認可年月 昭和59年10月26日

## 2 事業所の概要

事業所の種類 指定居宅介護等事業所  
事業所の名称 瑠璃光苑  
事業所の所在地 〒848-0035 伊万里市二里町大里乙 403-1  
電話番号 0955-29-8158 FAX番号 0955-20-4521  
管理者氏名 渡辺知法  
開設年月日 (居宅介護・重度訪問介護) 平成18年10月1日  
(同行援護) 平成23年11月1日

## 3 職員体制

- ◇ 管理者 1名
- ◇ サービス提供責任者 指定基準以上
- ◇ ヘルパー 指定基準以上
- ◇ 指定基準に則り、常勤及び非常勤、登録ヘルパーを配置しております。
- ◇ // 介護福祉士、旧ヘルパー2級(\*介護職員初任者研修終了者)の資格保持者がサービス提供いたします。

## 4 適切な職場環境維持

- ◇ 業務中等において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした、ハラスメント等の行いによって、職員の就業環境が害された場合は契約を解除いたします。

## 5 サービス実施地域および営業時間

- ◇ 通常事業の実施地域 伊万里市、有田町
- ◇ 月曜～日曜（祝日実施）原則 7：00～22：00  
（上記以外の利用日、時間、地域について、通常事業の実施地域以外の方はご相談下さい。）

## 6 ホームヘルプサービス利用が可能な方

- ◇ 障害者居宅介護、重度訪問介護、同行援護サービスのご利用について介護給付の支給決定を受けられた方。
- ◇ 移動支援については当苑が事業指定を受けている自治体から支給決定を受けられた方。
- ◇ 主たる対象者は定めません。
- ◇ その他障害の方々のご利用についてはサービス内容について御同意をいただいた上でサービスを開始いたします。

## 7 サービス内容

- ◇ ヘルパーは、利用者の心身の特性を踏まえ、居宅において快適な生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他生活介護全般にわたる支援をおこないます。
- ◇ サービスの実施にあたっては、保険医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との連携を図り、関係市町村とも連携し、総合的なサービスの提供に努めます。
- ◇ サービスの利用に当たっては利用者の人権を尊重し、安楽な支援をおこなうことを旨とし、利用者またはその家族に対して利用および介護上必要な事項について、ご理解しやすいように説明いたします。
- ◇ ご家庭内のプライバシーに関する守秘義務は遵守いたします。
- ◇ 感染症または食中毒の発生、まん延防止のために対策を講じ、職員への周知徹底を図り、研修、訓練を定期的を実施します。
- ◇ サービスの提供に用いる介護用具類については、安全、衛生に常に注意いたします。特に利用者の身体に接触する介護用具類については、サービスの提供ごとに消毒したものを使用いたします。

## 8 サービス内容詳細

- ◇ 身体介護に関すること  
入浴・排せつ・食事・衣類の着脱・身体の清拭・洗髪など
- ◇ 家事援助に関すること  
調理・衣類の洗濯、補修・住居等の掃除、整理整頓・生活必需品の買い物など
- ◇ 通院介助  
身体介護を伴うもの（区分2以上）・身体介護を伴わないもの

- ◇ 重度訪問介護  
区分4以上の方で長時間のご支援が必要とされる場合
- ◇ 同行援護  
視覚障害者に対する外出時の必要な介助
- ◇ 移動支援  
自治体の委託事業

## 9 1回あたりの利用時間数

- \* 1回あたりの提供時間数については市町村支給決定内容により異なります。下記時間については制度上の上限時間です。市町村が必要と認めた場合についてはこの限りではありません。
- ◇ 身体介護：支給内容による
- ◇ 家事援助：1.5時間まで(原則)
- ◇ 重度訪問介護：支給内容による
- ◇ 同行援護：支給内容による(ヘルパーの業務時間内 最高8時間迄)
- ◇ 移動支援：支給範囲内(ヘルパーの業務時間内 最高8時間迄)

## 10 緊急時の対応方法

- ◇ サービスの提供中に体調の異変等があった場合は、主治医、救急隊、ご家族、協力医療機関へ連絡をいたします。
- ◇ 利用者個人ごとの緊急連絡体制表を作成し、緊急時はその表に基づき連絡対応をいたします。
- ◇ その他の時間に緊急事態が発生した場合は、下記までご連絡ください。尚、受付は24時間行っておりますが、緊急時の対応は、原則ヘルパーの勤務時間内とさせていただきます。

連絡先：瑠璃光苑 TEL0955-29-8158 または 0955-23-2767  
FAX0955-20-4521

## 11 利用時のお願い

### 【全般】

- ◇ 利用の休止および中止の場合は速やかにご連絡ください。
- ◇ 利用者から特定のヘルパーを指名することはできません。お気づきの点があればご遠慮なくご相談ください。
- ◇ サービス提供に必要な用具備品等(水道、ガス、電気を含む)の準備をお願いします。
- ◇ プランや支援目的に基づいたサービス提供を行います。著しく時間オーバーが発生するようなご依頼に対しては、お断りさせていただく場合がございます。
- ◇ 身体状況の変化などが著しく、支援内容を変更する必要があると判断した場合、利用者、

ご家族に相談の上、関係機関と調整をさせていただく場合がございます。

- ◇ マイナンバーは基本的に取り扱いません。しかし、視覚障害者については別途、規定に則り取り扱いをいたします。
- ◇ 直接利用者の援助に該当しない行為は出来ません。
  - ・利用者以外の洗濯・調理・買い物・布団干し
  - ・主として利用者が使用する場所以外の掃除
  - ・来客の接待・草むしり・花木の水やり・ペットの世話
  - ・家具・電気器具の移動、修繕・模様替え
  - ・大掃除・窓磨き・床のワックスがけ・季節ごとの特別な手間をかけて行う調理

#### 【健康面・感染症】

- ◇ 感染症予防の為、ヘルパーがマスクや靴下カバー等を使用することがあります。
- ◇ 利用中に心身の状態に異変を生じた場合には直ちにヘルパーに伝えてください。
- ◇ 心身の状況に応じたサービス提供を行うために、医師の診断・日常生活上の留意事項はヘルパーに伝えてください。

#### 【身体介護】

- ◇ バイタルチェックで、平常時と著しく異なる際はサービス内容を変更する場合があります。

#### 【家事援助】

- ◇ 掃除用具や調理器具等、通常通りの使用方法で破損や修繕が生じた場合は、耐用年数を考慮させていただき、弁償等いたしかねる場合があります。
- ◇ 調理の際にはご希望に沿ったサービス提供を行うために、味見のお声掛けをいたします。味見をされない場合は、ご希望の調理（味）と異なる場合があります。

#### 【外出支援】

- ◇ 夏場の外出支援時（通院介助・同行援護・移動支援）は、熱中症予防の為、常識的な範囲内で休憩時間をいただきます。
- ◇ 自動車任意保険証書のコピー提出がない車へ、ヘルパーが同乗することはできません。
  - ・事前に自動車任意保険証書のコピーのご提出が必須です。
  - ・搭乗者傷害保険への加入が必須です。
  - ・搭乗する可能性のある車についても事前のご提出を求めます。
  - ・法令遵守した安全運転をお願いします。
  - ・運転される方が体調に不安がある場合はお申し出ください。

### ヘルパーの禁止行為

- ◇ 医療行為（爪切りを含む）
- ◇ 金品や権利書などのお預かり
- ◇ 公共料金のお支払いや、その他金銭関係の処理
- ◇ 利用者もしくはご家族などからの金銭または物品、飲食の授受
- ◇ 利用者の家族に対するサービス提供
- ◇ 飲酒、喫煙及び飲食（外出支援が長時間に及んだ場合、利用者の同意を得て利用者と一緒に飲食を行う場合は除きます）
- ◇ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命又は身体を保

護するため緊急やむを得ない場合を除く)

- ◇ 利用者もしくはご家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動及びその他の迷惑行為

## 12 利用料金

- ◇ 料金については以下構成となります。

- ① サービス利用料（1割負担）

- \* サービス利用料については、受給者証に記載されている各市町村役場が決定した月額上限に基づき徴収いたします。
- \* 移動支援については、支給決定通知書に記載されている負担割合・上限月額等に基づき徴収いたします。

- ◇ 1回当たりサービス利用料金（下記単位に10円をかけた金額が利用料です）

- ◇ 交通費負担が発生する場合

通常の事業実施地域（伊万里市、有田町）以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。

# 〇 居宅介護サービス費

| 基本部分  |                                     | 注   | 注                             | 注               | 注                                    | 注                               | 注  | 注                             | 注                       | 注       | 注                                     |                 |
|---|-------------------------------------|---|-------------------------------|-----------------|--------------------------------------|---------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------|---------|---------------------------------------|-----------------|
|   |                                     | 基礎研修課程修了者等により行われる場合   | 重度訪問介護研修修了者による場合              | 2人の居宅介護従業者による場合 | 夜間もしくは早朝の場合又は深夜の場合                   | 初任者研修課程修了者が作成した居宅介護計画に基づき提供する場合 | 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合         | 身体拘束廃止未実施減算                   | 特定事業所加算                 | 特別地域加算  | 緊急時対応加算(月2回を限度)                       | 暗夜吸引等支援体制加算     |
| イ 居宅における身体介護  | (1) 30分未満 (255単位)                   | ×70/100   | 1時間未満 (185単位)                 | ×200/100        | 夜間もしくは早朝の場合 +25/100<br>深夜の場合 +50/100 | ×70/100                         | 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 ×90/100 | 1人1日につき5単位を減算<br>注 令和5年4月から適用 | 特定事業所加算(I)<br>+20/100   | +15/100 | 1回につき100単位を加算<br>注 地域生活支援拠点等の場合 +50単位 | 1人1日当たり100単位を加算 |
|   | (2) 30分以上1時間未満 (402単位)              |   | 1時間以上1時間30分未満 (275単位)         |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
|   | (3) 1時間以上1時間30分未満 (584単位)           |   | 2時間以上2時間30分未満 (458単位)         |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
|   | (4) 1時間30分以上2時間未満 (666単位)           |   | 2時間30分以上3時間未満 (550単位)         |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
|   | (5) 2時間以上2時間30分未満 (750単位)           |   | ※3時間以上 (833単位)に30分を増すごとに+66単位 |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
|   | (6) 2時間30分以上3時間未満 (833単位)           |   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
|   | (7) 3時間以上 (916単位に30分を増すごとに+83単位)    |   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
| ロ 通院等介助(身体介護を伴う場合)  | (1) 30分未満 (255単位)                   | ×90/100   | 2時間以上2時間30分未満 (458単位)         | ×90/100         |                                      | ×90/100                         | 事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合 ×85/100                |                               | 特定事業所加算(II)<br>+10/100  |         |                                       |                 |
|   | (2) 30分以上1時間未満 (402単位)              |   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
|   | (3) 1時間以上1時間30分未満 (584単位)           |   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
|   | (4) 1時間30分以上2時間未満 (666単位)           |   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
|   | (5) 2時間以上2時間30分未満 (750単位)           |   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
|   | (6) 2時間30分以上3時間未満 (833単位)           |   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
|   | (7) 3時間以上 (916単位に30分を増すごとに+83単位)    |   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
| ハ 家事援助  | (1) 30分未満 (105単位)                   | ×90/100   |                               | ×90/100         |                                      |                                 |  |                               | 特定事業所加算(III)<br>+10/100 |         |                                       |                 |
|   | (2) 30分以上45分未満 (152単位)              |   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
|   | (3) 45分以上1時間未満 (196単位)              |   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
|   | (4) 1時間以上1時間15分未満 (238単位)           |   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
|   | (5) 1時間15分以上1時間30分未満 (274単位)        |   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
|   | (6) 1時間30分以上 (309単位に15分を増すごとに+35単位) |   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
| ニ 通院等介助(身体介護を伴わない場合)                                      | (1) 30分未満 (105単位)                   | ×90/100   |                               | ×90/100         |                                      |                                 |  |                               | 特定事業所加算(IV)<br>+5/100   |         |                                       |                 |
|   | (2) 30分以上1時間未満 (196単位)              |   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
|   | (3) 1時間以上1時間30分未満 (274単位)           |   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
|   | (4) 1時間30分以上 (343単位に30分を増すごとに+69単位) |   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
| ホ 通院等乗降介助   | (101単位)                             |   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
| ※ 令和3年9月30日までの間は、基本報酬について、所定単位数の1,001/1,000に相当する単位数を算定する。 |                                     |   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
| 初回加算  |                                     | (1月につき200単位を加算)   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
| 利用者負担上限額管理加算(月1回を限度)                                      |                                     | (1回につき150単位を加算)   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
| 福祉専門職員等連携加算(90日の間、3回を限度)                                  |                                     | (1回につき364単位を加算)   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算   | イ 福祉・介護職員処遇改善加算(I)                  | (1月につき 所定単位数×274/1,000)   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
|   | ロ 福祉・介護職員処遇改善加算(II)                 | (1月につき 所定単位数×200/1,000)   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
|   | ハ 福祉・介護職員処遇改善加算(III)                | (1月につき 所定単位数×111/1,000)   |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
|   | ニ 福祉・介護職員処遇改善加算(IV)                 | (1月につき 所定単位数×80/100)  |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
|   | ホ 福祉・介護職員処遇改善加算(V)                  | (1月につき 所定単位数×80/100)  |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
| 福祉・介護職員処遇改善特別加算   |                                     | 注1 所定単位数は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計<br>注2 福祉・介護職員処遇改善加算との併給不可<br>注3 令和2年度から継続して算定する場合のみ令和4年3月サービス提供分まで算定が可能 |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |
| 福祉・介護職員等特定処遇改善加算  |                                     | 注 所定単位数は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計  |                               |                 |                                      |                                 |  |                               |                         |         |                                       |                 |

# 〇同行援護サービス費

|   | 注   | 注  | 注  | 注  | 注                                       | 注   | 注                  | 注                              | 注                       | 注       | 注  | 注               |
|---|---|--|--|--|---|---|--------------------|--------------------------------|-------------------------|---------|--|-----------------|
| 基本部分  | 基礎研修課程修了者等により行われる場合   | 盲ろう者向け通訳・介助員により行われる場合                            | 2人の同行援護従業者による場合  | 夜間もしくは早朝の場合又は深夜の場合                       | 盲ろう者に対して盲ろう者向け通訳・介助員が支援を行う場合            | 障害支援区分3に該当する者の場合  | 障害支援区分4以上に該当する者の場合 | 身体拘束防止未実施減算                    | 特定事業所加算                 | 特別地域加算  | 緊急時対応加算(月2回を限度)                          | 障害吸引等支援体制加算     |
| イ 30分未満 (190単位)   |   |  |  |  |   |   |                    |                                | 特定事業所加算(I)<br>+20/100   |         |  |                 |
| ロ 30分以上1時間未満 (300単位)                                      |   |  |  |  |   |   |                    |                                | 特定事業所加算(II)<br>+10/100  |         |  |                 |
| ハ 1時間以上1時間30分未満 (433単位)                                   |   |  |  | 夜間もしくは早朝の場合<br>+25/100                   | +25/100                                 | +20/100   | +40/100            | 1人1日につき30単位を減算<br>注 令和5年4月から適用 | 特定事業所加算(III)<br>+10/100 | +15/100 | 1回につき100単位を加算<br>注 地域生活支援拠点等の場合<br>+50単位 | 1人1日当たり100単位を加算 |
| ニ 1時間30分以上2時間未満 (498単位)                                   | ×90/100   | ×90/100  | ×200/100   | 深夜の場合<br>+50/100                         |   |   |                    |                                | 特定事業所加算(IV)<br>+5/100   |         |  |                 |
| ホ 2時間以上2時間30分未満 (563単位)                                   |   |  |  |  |   |   |                    |                                |                         |         |  |                 |
| ヘ 2時間30分以上3時間未満 (628単位)                                   |   |  |  |  |   |   |                    |                                |                         |         |  |                 |
| ト 3時間以上 (693単位に30分を増すごとに+65単位)                            |   |  |  |  |   |   |                    |                                |                         |         |  |                 |
| ※ 令和3年9月30日までの間は、基本報酬について、所定単位数の1,001/1,000に相当する単位数を算定する。 |   |  |  |  |   |   |                    |                                |                         |         |  |                 |
| 初回加算 (1月につき200単位を加算)                                      |   |  |  |  |   |   |                    |                                |                         |         |  |                 |
| 利用者負担上限額管理加算(月1回を限度) (1回につき150単位を加算)                      |   |  |  |  |   |   |                    |                                |                         |         |  |                 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算   | イ 福祉・介護職員処遇改善加算(I)<br>(1月につき 所定単位数×274/1,000)   | ロ 福祉・介護職員処遇改善加算(II)<br>(1月につき 所定単位数×200/1,000)   | ハ 福祉・介護職員処遇改善加算(III)<br>(1月につき 所定単位数×111/1,000)                                  | ニ 福祉・介護職員処遇改善加算(IV)<br>(1月につき 十八の90/100) | ホ 福祉・介護職員処遇改善加算(V)<br>(1月につき 十八の80/100) | 注1 所定単位数は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計<br>注2 福祉・介護職員処遇改善特別加算との併給不可<br>注3 二、ホについて、令和2年度から継続して算定する場合のみ令和4年3月サービス提供分まで算定が可能 |                    |                                |                         |         |  |                 |
| 福祉・介護職員処遇改善特別加算 (1月につき 所定単位数×41/1,000)                    | 注1 所定単位数は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計<br>注2 福祉・介護職員処遇改善加算との併給不可<br>注3 令和2年度から継続して算定する場合のみ令和4年3月サービス提供分まで算定が可能 |  |  |  |   |   |                    |                                |                         |         |  |                 |
| 福祉・介護職員等特定処遇改善加算  | イ 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(I)<br>(1月につき 所定単位数×70/1,000)   | ロ 福祉・介護職員等特定処遇改善加算(II)<br>(1月につき 所定単位数×35/1,000) | 注 所定単位数は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計 |  |   |   |                    |                                |                         |         |  |                 |

# ○重度訪問介護サービス費

| 基本部分  |  | 注                       | 注        | 注        | 注                                    | 注         | 注           | 注       | 注      | 注               |             |
|---|--|-------------------------|----------|----------|--------------------------------------|-----------|-------------|---------|--------|-----------------|-------------|
| イ 口以外の障害者に提供した場合  | (1) 1時間未満 (185単位)  | +15/100                 | +8.5/100 | ×200/100 | 夜間もしくは早朝の場合 +25/100<br>深夜の場合 +50/100 | 90日以上利用減算 | 身体拘束禁止未実施減算 | 特定事業所加算 | 特別地域加算 | 緊急時対応加算(月2回を限度) | 降痰吸引等支援体制加算 |
|   | (2) 1時間以上1時間30分未満 (275単位)  |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | (3) 1時間30分以上2時間未満 (367単位)  |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | (4) 2時間以上2時間30分未満 (458単位)  |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | (5) 2時間30分以上3時間未満 (550単位)  |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | (6) 3時間以上3時間30分未満 (640単位)  |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | (7) 3時間30分以上4時間未満 (732単位)  |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | (8) 4時間以上8時間未満 (817単位に30分を増すごとに+85単位)  |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | (9) 8時間以上12時間未満 (1,497単位に30分を増すごとに+85単位)   |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | (10) 12時間以上16時間未満 (2,172単位に30分を増すごとに+80単位)   |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | (11) 16時間以上20時間未満 (2,818単位に30分を増すごとに+86単位)   |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | (12) 20時間以上24時間未満 (3,500単位に30分を増すごとに+80単位)   |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
| ロ 病院等に入院又は入所中の障害者に提供した場合                                  | (1) 1時間未満 (185単位)  | +15/100                 | +8.5/100 | ×200/100 | 夜間もしくは早朝の場合 +25/100<br>深夜の場合 +50/100 | 90日以上利用減算 | 身体拘束禁止未実施減算 | 特定事業所加算 | 特別地域加算 | 緊急時対応加算(月2回を限度) | 降痰吸引等支援体制加算 |
|   | (2) 1時間以上1時間30分未満 (275単位)  |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | (3) 1時間30分以上2時間未満 (367単位)  |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | (4) 2時間以上2時間30分未満 (458単位)  |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | (5) 2時間30分以上3時間未満 (550単位)  |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | (6) 3時間以上3時間30分未満 (640単位)  |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | (7) 3時間30分以上4時間未満 (732単位)  |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | (8) 4時間以上8時間未満 (817単位に30分を増すごとに+85単位)  |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | (9) 8時間以上12時間未満 (1,497単位に30分を増すごとに+85単位)   |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | (10) 12時間以上16時間未満 (2,172単位に30分を増すごとに+80単位)   |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | (11) 16時間以上20時間未満 (2,818単位に30分を増すごとに+86単位)   |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | (12) 20時間以上24時間未満 (3,500単位に30分を増すごとに+80単位)   |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
| ※ 令和3年9月30日までの間は、基本報酬について、所定単位数の1,001/1,000に相当する単位数を算定する。 |  |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
| 移動介護加算  | イ 1時間未満 (100単位を加算)   |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | ロ 1時間以上1時間30分未満 (125単位を加算)   |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | ハ 1時間30分以上2時間未満 (150単位を加算)   |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | ニ 2時間以上2時間30分未満 (175単位を加算)   |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | ホ 2時間30分以上3時間未満 (200単位を加算)   |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | ヘ 3時間以上 (250単位を加算)   |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
| 初回加算  | (1月につき200単位を加算)  |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
| 利用者負担上限額管理加算(月1回を限度)                                      | (1回につき150単位を加算)  |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
| 行動障害支援連携加算(30日の間、1回を限度)                                   | (1回につき584単位を加算)  |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
| 移動介護緊急時支援加算   | (1日につき240単位を加算)  |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
| 福祉・介護職員処遇改善加算   | イ 福祉・介護職員処遇改善加算(I)   | (1月につき +所定単位×200/1,000) |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | ロ 福祉・介護職員処遇改善加算(II)  | (1月につき +所定単位×146/1,000) |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | ハ 福祉・介護職員処遇改善加算(III)   | (1月につき +所定単位×81/1,000)  |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | ニ 福祉・介護職員処遇改善加算(IV)  | (1月につき +ハの90/100)       |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
|   | ホ 福祉・介護職員処遇改善加算(V)   | (1月につき +ハの80/100)       |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
| 福祉・介護職員処遇改善特別加算   | 注1 所定単位は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計<br>注2 福祉・介護職員処遇改善特別加算との併給不可<br>注3 二、ホについて、令和2年度から継続して算定する場合のみ令和4年3月サービス提供分まで算定が可能 |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
| 福祉・介護職員等特定処遇改善加算  | 注1 所定単位は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員等特定処遇改善加算、福祉・介護職員処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計<br>注2 福祉・介護職員等特定処遇改善特別加算との併給不可<br>注3 令和2年度から継続して算定する場合のみ令和4年3月サービス提供分まで算定が可能   |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |
| 福祉・介護職員等特定処遇改善加算  | 注 所定単位は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員等特定処遇改善加算、福祉・介護職員等特定処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計  |                         |          |          |                                      |           |             |         |        |                 |             |

## 移動支援サービス【市町村により異なります】

### （例）伊万里市の場合

| 移動支援サービス                       | 身体介護あり  |           | 身体介護なし  |           |
|--------------------------------|---------|-----------|---------|-----------|
|                                | サービス給付額 | 自己負担額(1割) | サービス給付額 | 自己負担額(1割) |
| 30分未満                          | ¥2,300  | ¥230      | ¥800    | ¥80       |
| 30分～1時間未満                      | ¥4,000  | ¥400      | ¥1,500  | ¥150      |
| 1時間～1.5時間未満                    | ¥5,800  | ¥580      | ¥2,250  | ¥225      |
| 1.5時間～2時間未満                    | ¥6,550  | ¥655      | ¥2,950  | ¥295      |
| 2時間～2.5時間未満                    | ¥7,300  | ¥730      | ¥3,650  | ¥365      |
| 2.5時間～3時間未満                    | ¥8,050  | ¥805      | ¥4,350  | ¥435      |
| 3時間～3.5時間未満                    | ¥8,750  | ¥875      | ¥5,050  | ¥505      |
| 3.5時間～4時間未満                    | ¥9,450  | ¥945      | ¥5,750  | ¥575      |
| 4時間～4.5時間未満                    | ¥10,150 | ¥1,015    | ¥6,450  | ¥645      |
| 4.5時間～5時間未満                    | ¥10,850 | ¥1,085    | ¥7,150  | ¥715      |
| 5時間～5.5時間                      | ¥11,150 | ¥1,155    | ¥7,850  | ¥785      |
| 5.5時間～6時間未満                    | ¥12,250 | ¥1,225    | ¥8,550  | ¥855      |
| 6時間～6.5時間未満                    | ¥12,950 | ¥1,295    | ¥9,250  | ¥925      |
| 6.5時間～7時間未満                    | ¥13,650 | ¥1,365    | ¥9,950  | ¥995      |
| 7時間～7.5時間未満                    | ¥14,350 | ¥1,435    | ¥10,650 | ¥1,065    |
| 7.5時間～8時間未満                    | ¥15,050 | ¥1,505    | ¥11,350 | ¥1,135    |
| 以後30分毎にそれぞれの自己負担額に800円増しとなります。 |         |           |         |           |

◇移動支援サービスについては市町村地域生活支援事業となります。以下内容に御注意ください。

#### ①＜自治体共通＞

- 生活介護サービスや身体介護などの居宅介護サービスを併用されている場合、負担上限月額対象の料金に外出支援サービスのご負担額は合算されません。

#### ②＜自治体毎＞

- 負担額の減免または免除については各自治体により異なります。自治体より指示を頂いた内容に準じ負担額をご請求いたします。

#### ◇ その他料金

- 外出時の公共交通料金、入場料などはヘルパーの分もご負担となります。
- 外食の際は社会通念に従い、ヘルパー食事料金に関し、1000円以上の費用が掛かる場合、超えた分のご請求をいたします。
- その他サービスに必要となる用具類は利用者のご負担となります。
- 料金の変更がある場合は事前にお知らせいたします。

◇ 利用の予約、変更、追加、中止

1、 定期利用日変更・同行援護・通院介助・移動支援等の予約について

- ① 翌週分の予約・変更については毎週木曜日の 18 時までにお申し出下さい。翌週分の予約・変更において毎週木曜日の 18 時以降の申し出に関しては受付できません。
- ② 予約を受付けた場合控えをお渡しします。
- ③ 利用者の都合により利用を中止される場合には、必ず **サービス実施日の前日 18:00 まで**にお申し出下さい。利用予定日の前日の 18:00 までに申し出が無く、利用中止を申し出された場合、キャンセル料として下記の料金をお支払い頂きます。但し体調不良など正当な理由がある場合はこの限りではありません。

◇ キャンセル料

|                        |                    |
|------------------------|--------------------|
| 利用予定日前日 18:00 までのキャンセル | 無料                 |
| 当日（前日 18:00 以降）のキャンセル  | 予定時間 30 分につき 500 円 |

※予約時間 30 分につき 500 円、30 分以下は一律 500 円、キャンセル料は 30 分毎に 500 円増しとなります。

※2 人介助によるサービスをキャンセルされた場合は、キャンセル料は 2 倍になります。

◇ 同行援護・移動支援・通院介助サービスを不定期で利用をご希望される場合について  
〈お願い〉

- ① 上記サービスを不定期に利用希望される場合、職員の調整等、難しい場合があり、ご希望に添えない場合があります。緊急時を除いて可能な限り定期のサービス利用をお願いします。また当事業所がご希望に添えない場合もありますので、他事業所の利用についてもご検討下さい。
- ① 予約時の予定された計画時間内でのサービス提供となります。緊急時等止むを得ない事情以外につきましては計画時間内でのサービス利用にご協力下さい。

◇ 料金のご請求方法など

サービスに係る料金は、1 か月ごとに計算し、サービス利用月の翌月 20 日頃までにご請求致します。利用料金は以下の方法でお支払い下さい。

【利用料金のお支払い】  
口座振替にて利用料をお支払いください。  
利用者様の銀行等の口座より自動引き落としにより料金をお支払いいただきます。（事前の手続きをお願いいたします。）

## 各種加算

### ○特定事業所加算

当事業所が以下条件に合致した場合、加算されます。

| 項 目      | 加算割合 | 条 件                      |
|----------|------|--------------------------|
| 特定事業所加算Ⅰ | 20%  | 以下の1の全ての要件に適合する場合        |
| 特定事業所加算Ⅱ | 10%  | 以下の1の体制要件、人的要件に適合する場合    |
| 特定事業所加算Ⅲ | 10%  | 以下の1の体制要件、重度者対応要件に適合する場合 |
| 特定事業所加算Ⅳ | 5%   | 以下の2の全ての要件に適合する場合        |

#### 1、特定事業所加算算定要件（Ⅰ～Ⅲ）

##### <体制要件>

- ① すべての訪問介護員等に対して個別の研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定していること。
- ② 利用者に関する情報、サービス提供に当たっての留意事項の伝達又は訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的を開催すること。
- ③ サービス提供責任者が、訪問介護員等に利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等の確実な方法により伝達してから開始し、終了後、適宜報告を受けていること。
- ④ すべての訪問介護員等に対し、健康診断等を定期的実施していること。
- ⑤ 緊急時等における対応方法が利用者に明示されていること。

##### <人的要件>

- ① 訪問介護員等の総数のうち介護福祉士が30%以上、又は介護福祉士・介護職員基礎研修課程修了者・1級訪問介護員の合計が50%以上であること。
- ② すべてのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する介護職員基礎研修課程修了者・1級訪問介護員であること。ただし、居宅サービス基準上、1人を超えるサービス提供責任者を配置しなければならない事業所については、2人以上のサービス提供責任者が常勤であること。
- ③ 常勤の訪問介護員によるサービス提供総時間数が40%以上であること。

##### <重度者対応要件>

- ① 前年度又は算定日が属する月の前3月間における利用者の総数のうち、障害支援区分5以上である者及び痰の吸引等を必要とする者の占める割合が50%以上であること

#### 2、特定事業所加算算定要件（Ⅳ）

##### <体制要件>

- ① 事業所全てのサービス提供責任者に対し、サービス提供責任者ごとに研修計画を作成し、当該研修計画に従い、研修を実施又は実施予定としていること。
- ② 利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該事業

所における従業員の技術指導を目的とした会議を定期的を開催すること。

- ③ サービスの提供に当たっては、サービス提供責任者が、当該利用者を担当する従業員に対し、当該利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等の確実な方法により伝達してから開始するとともに、サービス提供終了後、担当する従業員から適宜報告を受けること。
- ④ 事業所全ての従業員に対し健康診断等を定期的実施すること。
- ⑤ 緊急時等における対応方法が利用者に明示されていること。
- ⑥ 事業所の新規に採用した全ての従業員に対し、熟練した従業員の同行による研修を実施していること。

〈人的要件〉

- ① 人員基準に基づき、常勤のサービス提供責任者が2人以下の事業所であって、基準により配置することとされているサービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置していること。

〈重度対応要件〉

- ① 前年度又は算定日の属する月の前3月間における指定居宅介護の利用者（障害児を除く。）の総数のうち、障害支援区分4以上である者及び喀痰吸引等を必要とする者の占める割合が50%以上であること。

### 3、初回加算

新規に居宅介護計画を作成した利用者に対して、初回に実施した居宅介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら居宅介護を行う場合又は他の訪問介護員等が居宅介護を行う際に同行訪問した場合に以下加算があります。

| 加算名  | 加算額      | 自己負担額  |
|------|----------|--------|
| 初回加算 | 月 2,000円 | 月 200円 |

### 4、緊急時訪問加算

居宅介護計画に位置づけられていない居宅介護（身体介護が中心である場合及び通院等介助（身体介護を伴う場合）が中心である場合に限る。）を、利用者又はその家族等からの要請に基づき、サービス提供責任者が居宅介護計画等の変更を行い、従業員が緊急に行った場合について、利用者1人につき、1月に2回を限度として、1回につき100単位を加算する。

| 加算名       | 加算額    | 自己負担額 |
|-----------|--------|-------|
| 緊急時訪問介護加算 | 1,000円 | 100円  |

#### 5、特別地域加算

厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対してサービスを提供した場合、所定の単価の15パーセントが加算されます。

| 加算名    | 加算割合 | 適用         |
|--------|------|------------|
| 特別地域加算 | 15%  | 給付費の15%を加算 |

#### 6、喀痰吸引等支援体制加算

特定事業所加算（I）を算定していない事業所において、介護職員等がたんの吸引等を実施した場合の支援体制を評価して算定。※（利用者1人1日当たり）

| 加算名         | 加算額    | 自己負担額 |
|-------------|--------|-------|
| 喀痰吸引等支援体制加算 | 1,000円 | 100円  |

#### 7、福祉専門職員等連携加算

サービス提供責任者に係る障害特性の理解や医療機関等専門機関との連携、従業者への技術指導等の課題に対応するため、精神障害者等の特性に精通する専門職と連携し、利用者の心身の状況等を共同して行った場合に算定。※（初回サービスが行われた日から起算して90日の間、3回を限度として算定。）

| 加算名         | 加算額    | 自己負担額 |
|-------------|--------|-------|
| 福祉専門職員等連携加算 | 5,640円 | 564円  |

#### 8、福祉・介護職員処遇改善加算

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ものとして都道府県知事に届け出た指定居宅介護事業所が、利用者に対し、指定居宅介護を行った場合に、以下加算があります。

| 加算名           | 加算額   | 自己負担額   |
|---------------|---|---------|
| 介護職員処遇改善加算（I） | 1～7により算定した額<br>の下記相当額<br>居宅介護 27.4%<br>重度訪問介護 14.6%<br>同行援護 27.4% | 左記金額の1割 |

|                   |   |         |
|-------------------|---|---------|
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅱ) | 1～7により算定した額<br>の下記相当額<br>居宅介護 20.0%<br>重度訪問介護 14.6%<br>同行援護 20.0% | 左記金額の1割 |
| 介護職員処遇改善加算<br>(Ⅲ) | 1～7により算定した額<br>の下記相当額<br>居宅介護 11.1%<br>重度訪問介護 8.1%<br>同行援護 11.1%  | 左記金額の1割 |

#### 9、福祉・介護職員等特定遇改善加算

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ものとして都道府県知事に届け出た指定居宅介護事業所が、利用者に対し、指定居宅介護を行った場合に、以下加算があります。

| 加算名             | 加算額  | 自己負担額   |
|-----------------|--|---------|
| 福祉・介護職員等特定遇改善加算 | 1～8により算定した額<br>の下記相当額<br>居宅介護 7.0%<br>重度訪問介護 7.0%<br>同行援護 7.0% | 左記金額の1割 |

### 13 ご利用者の記録や情報の管理、開示について

- ◇ 当事業者は、関係法令に基づいて利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示いたします。(開示に際して必要なコピーなどの諸費用は利用者のご負担となります。)

## 14 虐待防止への取り組み

当事業所では、障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律に基づき、以下の取り組みを行います。

### 【取り組み】

- \* 当事業所では、虐待防止委員会を設置し、適時に委員会を開催、虐待防止に努めます。
- ① 虐待が起こらないよう事前の措置として、職員の虐待防止意識の向上や知識を周知し、虐待のない施設環境づくりを目指します。
- ② 日頃より社会福祉法・障害者総合支援法や障害者の権利宣言等の知識の習得に努めます。
- ③ 当事業所の虐待防止責任者や虐待相談受付担当者は日頃より利用者の支援の場に虐待及び虐待につながるような支援が行われていないか観察し、必要があるときは職員に直接改善を求め、指導します。
- ④ 虐待の防止を啓発・普及するための職員に対する研修を定期的実施します。

### 【身体拘束等の適正化】

- 身体拘束廃止未実施減算（令和3年4月から努力義務、令和4年4月から義務化）  
5単位/日減算
- ① 利用者又はほかの利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。
- ② 当事業所では、身体拘束適正化委員会を設置し、適時に委員会を開催、身体拘束等の適正化に努めます。
- ③ 身体拘束等の適正化に向けて、職員に対する研修を定期的実施します。

|                  |  |
|------------------|--|
| 虐待防止に関する<br>相談窓口 | <ul style="list-style-type: none"><li>• 虐待防止責任者 理事長 大宅 啓子</li><li>• 虐待相談受付担当者 峯 恵子</li><li>• ご利用時間 9:00 ~ 18:00</li><li>• 電話番号 0955 - 29 - 8158</li><li>• FAX 0955 - 20 - 4521</li></ul> |
|------------------|--|

## 15 苦情・要望・意見の受付窓口

当事業所のご利用にあたっての苦情やご不満などにつきましては、下記までご連絡ください。お気づきになったことがあれば何でもご相談ください。また、受付後内容を確認させていただく場合がございます。

### ◇ 苦情受付窓口

TEL0955-20-4520 又は 23-2767

苦情解決責任者：理事長 大宅 啓子

苦情受付担当者：サービス提供責任者 峯 恵子

第三者委員：多久島 幹雄・梶山 芳弘

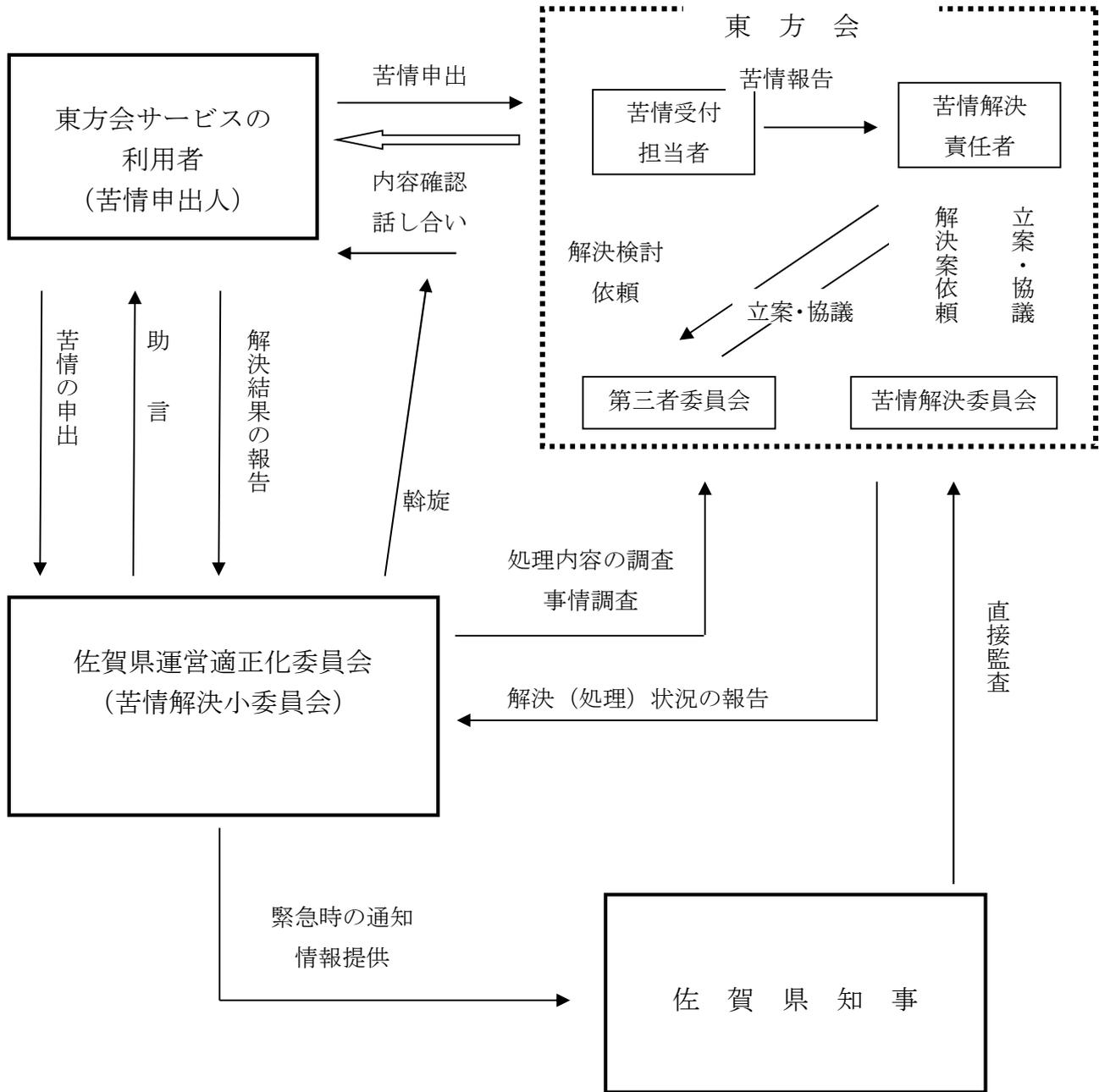
受付時間：9:00~18:00

### ◇ その他苦情受付機関

TEL0952-23-2151

佐賀県運営適正化委員会 苦情解決小委員会（佐賀県社会福祉協議会内）

# 社会福祉法人 東方会 苦情解決のしくみ【図】



その他ご不明な点がございましたらお気軽にお尋ねください。