

重要事項説明書

(訪問介護サービス)

*当事業所は利用者（契約者）に対し指定訪問介護サービスを実施するに当たり、以下の重要事項の説明と理解を頂き同意を得た上でサービスの提供を致します。

1 事業者概要

事業者名称	医療法人 寛容会
主たる事務所の所在地	鹿児島県鹿児島市下田町 1763 番地
法人種別	医療法人
代表者名	森口 定省
電話番号	TEL 099-243-6700

2 ご利用事業所

事業所の名称	ヘルパーステーション さくらんぼ
指定番号	鹿児島県 No.4670101304
住所	鹿児島市下田町 1759 番地
電話番号	TEL 099-244-8351
指定年月日	平成 12 年 2 月 18 日
管理者	野村 浩美
通常の事業の実施地域	鹿児島市内（桜島及び喜入町、松元町地区を除く）

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限り、その居宅において自立した日常生活を営むことが出来るよう、総合的に又効率的に援助を行っていく。
運営の方針	- 利用者の心身の状態、置かれている環境に応じて、適切なサービスを提供することとする。 - サービス提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し常に利用者の立場に立つて行う。

4 ご利用事業所の職員体制

職種	員数	常勤	非常勤	職務内容
管理者	1 名	1 名		訪問介護事業所の運営・管理
サービス提供責任者	利用者40名を 超えるごとに1 名	2 名		訪問介護員に対する監督・指導・ サービス計画の作成
訪問介護員		2 名	11 名	訪問介護サービスの提供
介護福祉士		2 名	4 名	
訪問介護員養成 研修1級課程を 修了した者				
訪問介護員養成 研修2級課程を 修了した者			7 名	

5 営業時間

営業日	毎日営業（月・火・水・木・金・土・日）
営業時間	原則として 8：30～17：30 * 上記、以外の時間帯での支援については、ご相談ください。 * 電話等の連絡体制は24時間行っております。

6 サービスの概要

①身体介護 利用者の体に直接接触した上で行う介助とその為に必要な準備と後始末、また利用者が日常生活を営む上で必要な機能の向上等の為の介助と専門的な援助
②生活援助 身体介護以外の訪問介護で、掃除、洗濯、買い物、薬の受け取り、一般的な調理、配下膳、ベットメイク、衣類の整理、被服の補修、生活援助
③その他、身体介護に引き続き行う生活援助

7 介護保険内で提供できないサービス

以下の行為については、指定訪問介護でのサービスの提供はできません。

但し、当事業所は別途、介護保険外でのサービス提供を行っております。不明な点はお尋ねください。

*** 「直接本人の援助」に該当しない行為**

主として家族の利便に供する行為又は家族が行う事が適当であると判断し行為

- ・ 利用者以外のものに係る洗濯、調理、買い物、布団干し
- ・ 来客の応対 ・ 主として利用者が使用する居室以外の掃除 等

*** 「日常生活の援助」に該当しない行為**

訪問介護員が行なわなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される行為

- ・ 草むしり ・ 花木の水やり ・ 犬の散歩等ペットの世話 等

*** 日常的に行われる家事の範囲を超える行為**

- ・ 家具・電気器具などの移動、修繕、模様替え ・ 大掃除、床のワックスがけ
- ・ 室内外の家屋の修理、ペンキ塗り ・ 植木の選定等の園芸 ・ 季節行事等特別手間をかける調理

8 利用料金

・ サービスを提供した際の利用料金の支払い方法としては、介護保険適用の場合は利用者の負担額はサービス 1 回提供分の（1 割ないし 2 割.3 割）とします。料金については以下のとおりとします。

	30 分未満	30 分以上 1 時間未満	1 時間以上	
①身体介護	2 4 4 円	3 8 7 円	567 円	5 6 7 円に所要時間 1 時間半から計算して 3 0 分を増すごとに 8 2 円加算します。
②生活援助	20 分未満	20 分以上 45 分未満	4 5 分以上	
		1 7 9 円	2 2 0 円	

③身体介護に引き続き生活援助を行った場合		
I : 2 0 分まで (生活援助加算)	II : 2 0 分から計算し 2 5 分経過 した場合	III : II から計算して更に 2 5 分 を経過した時間
6 5 円	1 3 0 円	1 9 5 円 (限度)

*** 生活援助について**

*** 生活援助 3（45 分以上）以上のサービスの提供時間の設定に関しては、利用者の心身の状況、環境等を考慮し担当のケア・マネージャー、ご利用者、その家族などとの協議で決めさせていただきます。**

・ その他、割合

以下、訪問介護の利用料金（その他、割合）については厚生労働省令（介護保険法）に従い、算定いたします。料金の変更などがある場合は、その都度、ご本人またはそのご家族にご説明、了承をいただき算定いたします。

9 加算分について

・令和6年6月からの厚生労働省発令による介護報酬改定により以下の加算をサービス施行時に算定いたします。

初回加算・・・200 単位／月

＊算定要件・・・新規に訪問介護を作成した利用者に対し、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合。

緊急時訪問介護加算・・・100 単位／回

＊算定要件・・・利用者やその家族からの要請を受けて、サービス提供責任者がケア・マネージャーと連携を図り、ケア・マネージャーが必要と認めた場合に、サービス提供責任者又はその他の訪問介護員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。

特定事業所加算

- ・ 特定事業所加算（Ⅰ）・・・所定単位数の 100 分の 20 に相当する単位数
- ・ 特定事業所加算（Ⅱ）・・・所定の単位数の 100 分の 10 に相当する単位数
- ・ 特定事業所加算（Ⅲ）・・・所定の単位数の 100 分の 10 に相当する単位数
- ・ 特定事業所加算（Ⅳ）・・・所定の単位数の 100 分の 3 の相当する単位数
- ・ 特定事業所加算（Ⅴ）・・・所定の単位数の 100 分の 3 の相当する単位数

＊上記、加算については厚生労働省令介護保険法の算定要件に順ずる

生活機能向上連携加算

＊算定要件・・・利用者に対して訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士、又は言語療法士が訪問リハビリテーションを行った際にサービス提供責任者が同行し当該理学療法士と利用者の身体の状態の等の評価を行いかつ、生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成した場合であって、当該、理学療法士等と連携し当該訪問介護が行なわれた日の属する月以降3月の間、1月に月所定単位数を加算する。

介護職員処遇改善加算

・ 別に定める厚生労働省介護保険法（指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準の厚生労働大臣が定める基準に順ずる。

- ① 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)・・・キャリアパス要件Ⅰ～Ⅴ・職場環境等要件を満たす 24.5%
- ② 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）・・・キャリアパス要件Ⅰ～Ⅳ・職場環境等要件を満たす 22.4%
- ③ 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）・・・キャリアパス要件Ⅰ～Ⅲ・職場環境を満たす 18.2%
- ④ 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）・・・キャリアパス要件Ⅰ～Ⅱ・職場環境を満たす 14.5%

1 0 交通費実費

利用者の居宅が、当該事業所の通常の事業実施地域以外にあっても、交通費の実費徴収致しません。

1 1 料金の支払い方法

サービスに関する料金を支払う際は、1ヵ月ごとのサービスの総額の（1割ないし2割、3割）を月末に計算し翌月の10日ごろに請求書として発行いたします。料金の徴収方法としまして原則、集金での現金払い・口座引き落としとなります。（やむを得ず事情のある方などは銀行振り込みにも対応いたします。）

1 2 苦情申立窓口

事業者が提供したサービスに対し、苦情、相談がある場合は下記の相談窓口にご相談する事が出来ます。

○ご利用者ご相談窓口

医療法人寛容会 ヘルパーステーションさくらんぼ
住 所 鹿児島市下田町1759番地
電 話 099-244-8351
担当者 サービス提供責任者

○ その他、相談窓口

鹿児島市役所 すこやか長寿部 介護保険課給付係
住 所 鹿児島市山下町11番1号
電 話 099-216-1280
受付時間 8:30～17:15

鹿児島県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護相談
住 所 鹿児島市鴨池新町6番6号
電 話 099-213-5122
受付時間 9:00～17:00

鹿児島県社会福祉協議会事務局 長寿社会推進部
福祉サービス運営適正委員会
住 所 鹿児島市鴨池新町1番7号県社会福祉センター5階
電 話 099-286-2200
受付時間 9:00～16:00

1 3 損害への対応

事業者が提供したサービスに当たり、万が一、事故が発生し利用者又はその家族の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、その損害が明らかに当該事業所に属する訪問介護員に責任の無い場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償します。

事業者は万が一の事故発生に備えて全国社会福祉協議会 在宅福祉サービス総合保障に加入しています。

1 4 緊急時の対応方法

訪問介護のサービス提供中に緊急を要する利用者の身体状況の変化、事故等がある場合は下記の緊急連絡先に従い、連絡を取ります。

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。緊急連絡先に連絡いたします。		
利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先 1	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	
緊急連絡先 2	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

1 5 その他

第三者評価の実施・・・（無し）

令和 年 月 日

当事業者は、利用者に対する訪問介護サービスの提供開始に当たり、本書面に基いて上記重要事項を説明し交付します。

訪問介護サービス事業者

鹿児島県鹿児島市下田町 1759 番地
医療法人 寛容会
ヘルパーステーションさくらんぼ 印

説明者 ヘルパーステーションさくらんぼ
サービス提供責任者

氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者（上記、説明者）から上記重要な事項の交付及び説明を受けました。

私は、訪問介護サービスの提供開始に同意します。

利用者 住所

氏名 _____ 印 _____

利用者の家族 住所

氏名 _____ 印 _____

