

訪問介護サービスにかかる重要事項説明書

(ヘルパーステーションにじヶ丘)

1. 事業者

社会福祉法人いわうみ会

(事業者の住所) 島根県浜田市熱田町1227番地

2. 事業の目的と運営方針

(目的)

介護が必要と認定されたご利用者に、訪問介護サービスを通じて援助を行うことにより、安心して生活できる地域づくりをすすめます。

(方針)

- ご利用者の有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行います。
- ご利用者本位のサービスを提供します。
- 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3. 事業所の名称および所在地

事業所の名称	ヘルパーステーションにじヶ丘
事業所の指定状況	指定訪問介護
事業所の所在地	益田市乙吉町イ758-4
事業所の電話番号	0856-32-0610
事業所の管理者	竹橋泰子
サービス提供地域	益田市

4. 事業所の配置職員 (職種・業務内容・員数)

職 種 (資格)	業 務 内 容	人 員
管 理 者	従業者及び業務の一元管理	1名
サービス提供責任者	訪問介護計画作成・調整、訪問介護員指導、業務管理	1名 (常勤兼務1名)
訪問介護員 (サービス提供責任者含む)	身体介護・生活援助 (訪問介護の提供)	・介護福祉士3名 (常勤兼務1名・非常勤2名) ・2級課程修了者7名 (非常勤7名)

5. 営業日および営業時間

(1) 営業日 月曜日～金曜日（祝日、12月31日～1月3日は除く）

(2) 営業時間 職員が1以上配置されている時間帯

8時30分～17時30分

6. サービス利用料金および利用者負担

利用者負担金額は、介護保険関係法令で定める次の介護保険給付対象費用総額に対し、市町村長が発行する介護保険負担割合証に表示された利用者負担割合分（1割、2割又は3割）を負担していただきます。

(1) 訪問介護（1回につき）

身体介護	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上	1時間以上 30分増す毎に
給付費用額	1,630円	2,440円	3,870円	5,670円	820円を追加
介護給付費	上記額の9割、 8割又は7割	上記額の9割、 8割又は7割	上記額の9割、 8割又は7割	上記額の9割、 8割又は7割	上記額の9割、 8割又は7割
利用者負担	上記額の1割、 2割又は3割	上記額の1割、 2割又は3割	上記額の1割、 2割又は3割	上記額の1割、 2割又は3割	上記額の1割、 2割又は3割
生活援助	20分以上 45分未満	45分以上			
給付費用額	1,790円	2,200円			
介護給付費	上記額の9割、 8割又は7割	上記額の9割、 8割又は7割			
利用者負担	上記額の1割、 2割又は3割	上記額の1割、 2割又は3割			
身体介護に引き続き生活援助を行った場合	20分以上	45分以上	70分以上		
給付費用額	650円	1,300円	1,950円		
介護給付費	上記額の9割、 8割又は7割	上記額の9割、 8割又は7割	上記額の9割、 8割又は7割		

利用者負担	上記額の1割、 2割又は3割	上記額の1割、 2割又は3割	上記額の1割、 2割又は3割		
各種加算	夜間・早朝加算 (所定額の2 5%)、 深夜加算(所定 額の50%)				
各種加算	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時訪問介護加算 1,000円/1回 居宅サービス計画のサービス提供日時以外の訪問介護(身体介護中心のものに限る)が利用者、家族等から要請を受けてから24時間以内に行われた場合 ・初回加算 2,000円/初回のみ 新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、同月に指定訪問介護を行った場合 ・介護職員処遇改善加算 1月につき(所定単位数×207/1,000に相当する単位数) ・生活機能向上連携加算(I) 1ヶ月間(1ヶ月1,000円) サービス提供責任者が指定訪問リハビリテーション事業所等の医師、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を作成し、指定訪問介護が行われた場合 ・生活機能向上連携加算(II) 3ヶ月間(1ヶ月2,000円) サービス提供責任者が指定訪問リハビリテーション事業所等の医師、理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士がリハビリテーション等の一環として訪問する際にサービス提供責任者が同行等を行い、身体状況等の評価を共同して行い、かつ、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で当該医師、理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士と連携し当該訪問介護計画に基づく指定訪問介護が行われた場合 				

(2) 利用者負担

サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、有料駐車場等の費用は利用者のご負担となります。

(3) サービス提供地域外の場合の交通費

通常の事業の実施地域を越えてサービスの提供を行う場合に要した交通費は、実費を徴収します。なお、自動車を使用した場合は、実施地域を超えた地点から1km当たり20円を乗じた額を徴収します。

(4) 介護保険支給限度超過の場合

要介護度別に定められている介護保険支給限度額を超過するサービス

提供分については、超過分につき全額自己負担となります。

(5) 利用者負担金額の支払

月末締切の翌月 10 日までに前月の利用等の請求書を送付します。15 日に指定銀行口座引落とし、銀行振込又は現金にてお支払いください。(ただし、15 日が休日の場合は、翌営業日とする)

止むを得ず、要介護認定前に訪問介護サービスの提供を受けた場合などで、「償還払い」となる場合には、いったん事業者に所定の費用の全額を支払っていただきます。その後、市町村へ申請されると介護保険給付分(9割、8割又は7割)を受け取ることになります。

(6) キャンセル料

キャンセル料は、次のとおりとします。但し、利用者の容態の急変などで緊急止むを得ない事情がある場合には、キャンセル料は不要となります。

キャンセルの連絡時期等	キャンセル料
サービス利用日の前日まで	かかりません
サービス利用当日利用 2 時間前まで	ヘルパー移動開始前までかかりません
	その他の場合 250円
上記以外の場合	500円

※ 訪問介護サービスの提供を中止(キャンセル)したいときには、できる限り 2 日前までに、次の連絡先までご連絡ください。

連絡先(キャンセル)	TEL 0856-32-0610
------------	------------------

7. 訪問介護計画の作成とサービス提供記録等

- ① 利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、訪問介護の目標や目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した訪問介護計画を作成し、その内容について利用者または利用者家族等に説明して同意を得るものとします。
- ② 事業者は、訪問介護計画の作成後実施状況の把握を行い、利用者または利用者家族等の同意を得て必要に応じて計画の変更を行います。
- ③ 訪問介護サービスを提供した際には、提供日及び内容、サービス費用の額その他必要事項を、訪問介護計画書面またはこれに準ずる書面に記載するとともに、利用者からの申出があった場合は、文書の交付その他適切な方法でその情報を提供します。

8. 相談・苦情対応窓口

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。

ヘルパーステーション にじヶ丘窓口	TEL	0 8 5 6 - 3 2 - 0 6 1 0
	FAX	0 8 5 6 - 2 2 - 8 6 9 0
	対応者	(管理者) 竹橋泰子 (サービス提供責任者) 竹橋泰子
	対応時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0 (時間外対応可能)
居宅介護支援事業所	TEL	
益田市高齢者福祉課	TEL	0 8 5 6 - 3 1 - 0 2 1 8 (8 : 30~17 : 15)
島根県国民健康保険団体 連合会	TEL	0 8 5 2 - 2 1 - 2 8 1 1 (9 : 00~17 : 00)

9. 緊急時の対応

訪問介護サービス提供中に容態の急変や事故等の緊急事態が発生した場合には、主治医や救急・親族・関係機関・居宅介護支援事業所等へ速やかに連絡を行い、必要な措置を講じます。

主治医 (かかりつけ医)	主治医等氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

10. 事故発生時の対応

利用者に対する訪問介護サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行う等の措置を講じるとともに、管理者に報告するものとする。また、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録するものとする。

当事業所は、利用者に対する訪問介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行うものとする。

11. 第三者による評価の実施状況

なし	あり	実施した直近の年月日	
		実施した評価機関の名称	
		評価結果の開示状況	なし ・ あり

12. 事業者の概要

- | | |
|--------------|-----------------|
| (1) 事業者の住所 | 島根県浜田市熱田町1227番地 |
| (2) 事業者の名称 | 社会福祉法人いわうみ会 |
| (3) 代表者役職・氏名 | 理事長 畑 中 さ ゆ り |
| (4) 電話番号 | 0855-25-5151 |

令和 年 月 日

私は、訪問介護サービスにかかる重要事項説明書および訪問介護サービス内容説明書の説明を受け同意しました。

○ 利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

○ 利用者家族（または利用者選任の代理人）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

○ 説明者（ヘルパーステーションにじヶ丘）

氏 名 _____ 印

利用サービス変更合意書

初回説明事項からの変更内容の説明

変更事項 _____ 月 日説明

(説明者) _____ 印

上記変更内容の説明を受け同意しました。

(利用者) _____ 印

(利用者家族または利用者選任の代理人)

_____ 印

前回説明事項からの変更内容の説明

変更事項 _____ 月 日説明

(説明者) _____ 印

上記変更内容の説明を受け同意しました。

(利用者) _____ 印

(利用者家族または利用者選任の代理人)

_____ 印