

指定訪問介護重要事項説明書

(介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業)

訪問介護事業所 ひなた

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(鹿児島県指定第 4670103516)

____様が利用しようと考えている訪問介護サービスについて契約を締結する前に知って於いて頂きたい内容を説明致します。分からない事があれば遠慮なく質問をして下さい。

1. 事業者

事業者名	ひなたスマイルケアサポーターズ株式会社
代表者氏名	日向 力
事業者所在地	鹿児島市若葉町 1-3
連絡先	T E L 099-298-9683 FAX 099-295-6192

2. 事業所の概要

事業所名	訪問介護事業所 ひなた
事業所種類・指定番号	訪問介護 事業所番号 (4 6 7 0 1 0 3 5 1 6)
事業所所在地	鹿児島市田上 5 丁目 2-17
連絡先	TEL 099-813-8721 FAX 099-204-0751
所属長氏名	田中 雅美

事業の目的	ひなたスマイルケアサポーターズ株式会社が開設する訪問介護事業は適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護福祉士または訪問介護員研究の修了者が、要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、適正な訪問介護を提供する事を目的とする。
-------	--

運営方針	<ol style="list-style-type: none">事業所の訪問介護員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来る様、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う。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る。
------	---

3. 事業所の職員体制

管理者	1 名
サービス提供責任者	1 名以上
訪問介護員	介護福祉士 2 名以上
	2 級課程修了者 2 名以上

4. 営業日・営業時間、サービス地域

サービス受付時間	日曜日～土曜日
	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
サービス提供時間	年中無休 24 時間体制
サービス提供地域	通常の実施地域は鹿児島市の区域

5. サービスの利用料

当事業所が提供するサービス利用料について

- (1) 利用料が介護保険から給付される場合、利用者はその一割を負担し、8～9割は介護保険から給付されます。
- (2) 介護保険の給付の対象とならないサービスや、介護保険の限度額を超えて訪問介護をご利用の場合は全額が御利用者様の負担となります。

【訪問介護利用料金】

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、平成 27 年 7 月末まで原則、基本料金の 1 割負担となり、平成 27 年 8 月 1 日からは保険者が発行する介護保険負担割合証にて利用者負担金が 1 割、2 割及び 3 割の負担金となります。利用負担 2、3 割負担の方は別紙にてお知らせ致します。又、介護保険の給付の範囲を超えた利用は全額、利用者様負担となります。

【基本料金】利用者様 1 割負担の場合

区分	利用回数	月額（定額）
予防型訪問介護サービスⅠ	1 回／週	1,176 円
予防型訪問介護サービスⅡ	2 回／週	2,349 円
予防型訪問介護サービスⅢ	3 回以上／週（※要支援 2 のみ）	3,727 円

【介護職員処遇改善加算Ⅱ】令和 6 年 6 月～

介護サービス利用料金及び各種加算額合計の 22.4%が加算されます。

＊初回加算：該当月に 200 円／回 加算いたします。

＊ 利用料金の支払方法

料金は一ヶ月毎に計算し請求書をお届け致しますので月末までに下記の方法でお支払い下さいませ。

- ① 現金支払い
- ② 銀行振り込み
- ③ K-NET による引き落とし

サービスの中止、変更、追加利用について

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合でも定額制となっておりますので予めご了承下さい。

6. サービスの利用に関する留意事項

- (1) サービスの提供を行う訪問介護員はサービス提供時に決定します。但し、実際のサービス提供にあたり複数の訪問介護員が交代でサービスの提供をする場合があります。御利用者様の事情により、担当ヘルパーの変更をされる場合はサービス提供責任者までお申し出下さい。御利用者様のご希望を尊重し調整を行います但事業所の人員体制によりご希望に添えない場合もありますので予めご了承下さい。
- (2) 備品などの使用については訪問介護の実施のために必要な備品などは（水道・電気・ガス）は無償で使用させていただきます。
- (3) サービス利用当日に御利用者様の体調等の理由で予定されていたサービスの実施が出来ない場合は、サービス内容の変更を行います。その場合変更したサービス内容と時間に応じたサービス利用料金を請求致します。
- (4) 訪問介護員はサービス提供にあたり次に該当する行為は行いません。
 - ① 医療行為
 - ② 御利用者様又は、御家族からの物品の授受
 - ③ 御家族に対する訪問介護サービスの提供
 - ④ 御利用者様のお宅での飲食、喫煙
 - ⑤ 御利用者様、御家族への宗教活動、政治活動、営利活動
 - ⑥ 御利用者様、御家族への迷惑行為
- (5) 秘密保持について
サービス提供にあたり知り得た御利用者様及び御家族の情報は正当な理由なく、又、御利用者様、御家族の同意なしで第三者に漏らしません。これは契約が終了した後も継続します。

7. 緊急時の対応について

サービス提供中に緊急の事態が発生した場合、御利用者様の主治医に連絡すると共に予め指定された御家族に連絡致します。

主治医	
病院・医院名	
所在地及び電話番号	

8. 苦情受付について

事業所の窓口 訪問介護事業所 ひなた

鹿児島市田上5丁目2-17

TEL099-813-8721 FAX099-204-0751

担当者 田中 雅美

受付時間 午前8時30分～午後5時30分まで

市町村窓口 鹿児島市役所 介護保険課
鹿児島市山下町 11-1
TEL099-216-1280
受付時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分まで

公的団体の窓口 国民健康保険団体連合会
鹿児島市鴨池新町 7-4
TEL 099-213-5122
受付時間 午前 9 時～午後 5 時まで

福祉サービス運営適正化
鹿児島市鴨池新町 1-7 県社会福祉センター内
TEL 099-286-2200
受付時間 午前 9 時～午後 4 時まで

9. 重要説明事項の説明の確認及び同意

指定訪問介護サービスの提供の開始に対し、本書面に基づき重要説明事項の説明を行い同意を得て交付致しました。

事業者	所在地：鹿児島市若葉町 1-3 会社名：ひなたスマイルケアサポーターズ株式会社 代表者：日向 力 ㊞
説明者	㊞

私は本書面に基づき事業者から重要事項説明を受け指定訪問介護のサービス提供開始に同意し、交付を受けました。

御利用者様 又は代理人	住所
	氏名 ㊞

同意書

サービス担当者会議において、自己に対する介護サービスの提供に必要な範囲で個人情報の開示に同意します。

各サービス事業者は、サービス担当者会議で知り得た情報の漏洩を防止するものとします。

利用者および、代理人

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ (印)

住所 _____

氏名 _____ (印)

訪問介護事業所ひなた 所属長殿