

指定訪問介護重要事項説明書

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	TEL 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 (4670103516)
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

1. 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。
2. 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	2 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. 訪問介護の内容及び利用料

1. 提供するサービス内容について

身体介護：入浴・食事・排泄の介護を行います。

生活援助：調理・洗濯・掃除・買い物等の日常生活上の援助を行います。

①身体介護：入浴介助（入浴の介助又は、入浴が困難な方には体等を拭きます。）

排泄介助（排泄の介助・オムツ交換）

食事介助（食事の介助）

体位変換（体の向きを変えます）

通院介助（病院受診に同行します）

②生活援助： 調理（御利用者様の食事を作ります。御家族の分の調理は行いません。）

洗濯（御利用者様の衣類等の洗濯を行います。御家族の分の洗濯は行いません。）

掃除（御利用者様の居室の掃除を行います。御家族のお部屋や庭等の敷地の掃除は行いません。）

買い物（御利用者様の日常生活に必要となる物品の買い物を行います。）

※加算対象サービス

以下のサービスは介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には加算額の 1 割を追加料金としてご負担頂きます。

①初回加算：新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して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または他の訪問介護員等と同行訪問した場合に加算を頂きます。

③緊急時訪問介護：利用者やその家族の要請を受け、サービス提供責任者がケアマネジャーと連携し、ケアマネジャーが必要と認めた場合、居宅サービス計画にない身体介護を行います。

2 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 割～9 割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。

(3)

(a) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、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 割および 3 割の負担金となります。利用負担 2 割、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】 1 割負担の場合

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 時間半未満
	163 円	244 円	387 円	567 円
生活援助	20 分以上 45 分未満	45 分以上	—	—
	179 円	220 円	—	—

※基本料金に対して、早朝(午前 6 時～午前 8 時)・夜間(午後 6 時～午後 10 時)帯は 25%増し、深夜(午後 10 時～午前 6 時)は 50%増しとなります。

※上表の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、ご利用者様の居宅サービス計画(ケアプラン)に定められた目安の時間を基準とします。

※やむを得ない事情で、且つ利用者様の同意を得て、2 人で訪問した場合は 2 人分の料金となります。

※身体介護の「20 分未満」は原則、早朝・夜間帯・深夜のみのサービスです。

【加算料金】利用者様 1 割負担分

初回加算	緊急時訪問介護
200 円／回	100 円／回

※初回加算、緊急時訪問加算は該当月に適用します。

【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。

＊ 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. 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、取消料として下記の料金をお支払い頂く場合があります。但し、御利用者様の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。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日利用料金の 10% (自己負担相当額)

7. 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。

8. 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	

9. 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 F A X099-204-0751

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委員会

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

10. 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 (印)
説明者	(印)

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 (印)