

訪問介護・介護予防型訪問サービス重要事項説明書

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人 天真会
主たる事務所の所在地	〒791-1112 松山市南高井町333番地
代表者（職名・氏名）	理事長 清水 恵太
設 立 年 月 日	昭和57年3月15日
電 話 番 号	089-976-7777

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	南高井ホームヘルパーステーション	
サービスの種類	訪問介護・介護予防型訪問サービス	
事業所の所在地	〒791-1112 松山市南高井町320-1	
電 話 番 号	089-970-6160	
指定年月日・事業所番号	平成12年2月25日 指定	3870101049
管理者の氏名	久保 桂子	
通常の事業の実施地域	松山市、東温市、伊予市、伊予郡砥部町、伊予郡松前町とする。 ただし、島嶼部及び旧北条市、旧中山町、旧広田村、旧双海町を除く。	
第三者評価	(1) 第三者による評価の実施状況： <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (2) 実施した直近の年月日： 2023年 5月 10日 (3) 実施した評価機関の名称： ビューローヘルタスジャパン株式会社 (4) 当該結果の開示状況： <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護者・要支援者又は事業対象者（以下、要介護者等という）が、利用者の居宅において入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話又は支援の適切な訪問介護、介護予防型訪問サービスを提供することを目的とする。
運営の方針	事業の実施に当たっては、要介護者等となった場合においても、心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助又は支援を行う。また、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。

4. 提供するサービスの内容

訪問介護・介護予防型訪問サービスは、ホームヘルパー（有資格者）が利用者のお宅を訪問し、身体介護や生活援助を行うサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供日 及び提供時間	年中無休・24時間

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態	業務内容	人数
管理者	常勤	運営・管理	1名
サービス提供責任者	常勤	従事者管理	4名以上
訪問介護員	常勤・非常勤	身体介護 生活援助	常勤4名以上 非常勤30名以上

7. 利用料

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、**原則として負担割合証に応じた額**となります。ただし、介護保険の支給限度額に含まれないサービスを利用する場合、利用料の全額をご負担いただきます。

(1) 介護予防型訪問サービス利用料

【基本部分（松山市・伊予市・伊予郡松前町）】

	基本利用料	
週1回程度	月に4回以上: 11,760円/月	月に3回まで: 2,870円/回
	日割: 390円/日	
週2回程度	月に8回以上: 23,490円/月	月に7回まで: 2,870円/回
	日割: 770円/日	
週2回を超える程度	月に12回以上: 37,270円/月	月に11回まで: 2,870円/回
	日割: 1,230円/日	

【基本部分（東温市・伊予郡砥部町）】

	基本利用料	
訪問Ⅰ	週1回程度: 11,760円/月	日割: 390円/日
訪問Ⅱ	週2回程度: 23,490円/月	日割: 770円/日
訪問Ⅲ	週3回程度: 37,270円/月	日割: 1,230円/日

(注) 伊予市においては、要支援1及び要支援2の方のみとなります。

【加算】 以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額
初回加算	新規の利用者にサービス提供した場合	2,000円/月
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合	保険算定報酬合計の24.5%

(注) ※加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

○初回加算

新規に訪問介護計画を作成した利用者に対しサービス提供責任者が初回若しくは初回の指定訪問介護を行った日の属する月に指定訪問介護を行った場合又は指定訪問介護事業所のその他の訪問介護員等が初回若しくは初回の指定訪問介護を行った日の属する月に指定訪問介護を行った際にサービス提供責任者が同行した場合に1月につき算定します。

○介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

介護職員について、職位、職責、職務内容等に応じた任用等の要件を定め、それらに応じた賃金体系の整備及びキャリアパス要件Ⅳ相当の加算額の2分の1以上を月給の改善に充て、かつ職場環境の改善に取り組んでいる場合に算定します。

【減算】 以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件（概要）	減算額
同一建物減算	事業所と同一の建物の利用者又はこれ以外の同一の建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	基本利用料の100分の10

(2) 訪問介護サービスの利用料

基本利用料【訪問介護費：1件につき】

■ 身体介護 ■

20分未満	1,630円	30分以上1時間未満	3,870円
20分以上30分未満	2,440円	1時間以上1時間半未満	5,670円

*以降30分を増すごとに +820円

■ 生活援助 ■

20分以上45分未満	1,790円
45分以上	2,200円

■ 身体生活援助 ■

身体介護に引き続き生活援助を行った場合 (生活援助が25分を増すごとに)	+650円 (1,950円限度)
---	---------------------

【加算】 以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

初回加算	2,000円/月
特定事業所加算（Ⅱ）	保険算定報酬合計の10%
緊急時訪問介護加算	1,000円/回
2人の訪問介護員等による訪問	+100%
夜間又は早朝の場合・深夜の場合（注1・注2）	+25% ・ +50%
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	保険算定報酬合計の24.5%

注1：夜間とは18時～22時、早朝とは5時～8時です。

注2：深夜とは22時～翌5時です。

○初回加算

新規に訪問介護計画を作成した利用者に対しサービス提供責任者が初回若しくは初回の指定訪問介護を行った日の属する月に指定訪問介護を行った場合又は指定訪問介護事業所のその他の訪問介護員等が初回若しくは初回の指定訪問介護を行った日の属する月に指定訪問介護を行った際にサービス提供責任者が同行した場合に1月につき算定します。

○特定事業所加算（Ⅱ）

訪問介護職員等ごとに研修計画を作成及び実施、留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議の定期的な開催、訪問介護職員等の定期的な健康診断の実施、緊急時の対応方法の明示を行い、訪問介護員等の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の30以上である場合に算定します。

○緊急時訪問介護加算

あらかじめ計画されていなかった訪問介護を、介護支援専門員が必要と認めた場合に、利用者又はその家族等からの要請を受けてから24時間以内に行った場合に算定します。

○2人の訪問介護員等による訪問介護

利用者の身体的理由により1人の訪問介護員等による介護が困難と認められる場合、又は暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合等で利用者又はその家族等の同意を得ている場合に算定します。

○介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

介護職員について、職位、職責、職務内容等に応じた任用等の要件を定め、それらに応じた賃金体系の整備及びキャリアパス要件Ⅳ相当の加算額の2分の1以上を月給の改善に充て、かつ職場環境の改善に取り組んでいる場合に算定します。

【減算】 以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件（概要）	減算額
同一建物減算	事業所と同一の建物の利用者又はこれ以外の同一の建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	基本利用料の100分の10

(3) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
サービス開始1時間前までにご連絡いただいた場合	無料
上記以外の場合（月額報酬除く）	1,000円

(4) 支払い方法

当月料金の合計額の請求に明細を付して、利用月の翌月10日までに利用者へ請求します。利用料金の自己負担分の合計を翌月20日までに現金（クレジットカードも使えます）または自動引き落としによりお支払いください。その他、詳細はお尋ねください。

8. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	相談担当 久保 桂子 電話番号 089-970-6160 営業：月曜日から金曜日 8：30～17：00
---------	---

- 1 提供したサービスについて苦情があった場合は、直ちに担当者が本人又は家族に連絡を取り、詳しい事情を確認するとともに、職員からも事情を確認し、状況の把握に努めます。
- 2 苦情を受けた場合は内容を記録、保管します。
- 3 問題点の検討を行い再発防止に努めます。
- 4 検討した対応策については必要に応じて、本人または家族に説明を行います。

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付 機関	松山市 指導監査課 受付日時：月曜日から金曜日（祝日除） 8：30～17：15	電話番号 089-948-6968
	愛媛県福祉サービス運営適正化委員会 受付日時：月曜日から金曜日（祝日除） 9：00～12：00、13：00～16：30	電話番号 089-998-3477
	愛媛県国民健康保険団体連合会※ 受付日時：月曜日から金曜日（祝日除） 8：30～17：00	電話番号 089-968-8700

※介護予防型訪問サービスを除く

9. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待等の防止のために次にあげるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催。
- (2) 虐待防止委員会での検討結果を従業者に周知。
- (3) 虐待防止のための指針を整備。
- (4) 虐待を防止するための研修を定期的開催。
- (5) 前四号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置。

虐待防止に関する責任者	管理者 久保 桂子
-------------	-----------

- (6) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

10. 秘密保持等

- (1) 利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取扱いに努めます。
- (2) 従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。

- (3) 事業者は、従業者であった者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- (4) 事業者は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得ることとします。

11. 緊急時の対応方法について

- (1) サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主事の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者があらかじめ指定する連絡先にも連絡します。
- (2) 上記以外の緊急時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合に、下記の対応可能時間に連絡を受けた際は、利用者の状態に応じて、必要な対応を行います。
連絡先：電話（089）970-6160 （対応可能時間：8：30～17：30）

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。
 - ① 医療行為及び医療補助行為
 - ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
 - ③ 他の家族の方に対する食事の準備 など
- (2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

13. その他運営に関する重要事項

- (1) 事業者は、従業者の質的向上を図るため、研修機関が実施する研修や事業所内の研修への参加の機会を計画的に確保します。
- (2) 事業者は、サービスの提供に関する諸記録を整備し、その完結の日から 5 年間保存します。
- (3) この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は、事業者と事業所の管理者との協議に基づいて別途定めます。

14. 緊急／事故発生時の対応方法

- (1) サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより主治医、救急隊、親族、地域包括支援センター、市町村等必要箇所へ連絡します。

緊急連絡先		
	①	②
氏名	続柄	続柄
住所	〒	〒
電話番号		
	自宅・会社・携帯 月、火、水、木、金、土、日	自宅・会社・携帯 月、火、水、木、金、土、日
	自宅・会社・携帯 月、火、水、木、金、土、日	自宅・会社・携帯 月、火、水、木、金、土、日
	自宅・会社・携帯 月、火、水、木、金、土、日	自宅・会社・携帯 月、火、水、木、金、土、日
主治医連絡先		
医療機関名		
医師名		
住所		
電話番号		

- (2) 利用者に対する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、速やかに損害賠償を行います。

■緊急を要する際の搬送先決定権者の確認

緊急時の医療機関等への搬送先については、
(家族へ確認 ・ サービス事業者の判断) に対応したので構いません。

※重要事項説明者 : _____