

重要事項説明書

株式会社 ケア・スプリングハート

大分市下郡山の手1番37号

電話 : 097 - 568 - 0007

重 要 事 項 説 明 書

当事業所は、ご利用の皆様に対して指定訪問介護及び第1号訪問事業（以下「訪問介護サービス」という。）を提供致します。サービスの提供にあたって、ご利用の皆様に対して当事業所の概要やご利用について、ご留意を頂きたい重要事項について次のとおり説明致します。

1. 事業者

- ・法人名 株式会社 ケア・スプリングハート
- ・所在地 大分市下郡山の手1番37号
- ・事業所名 ホームヘルプサービス まごころ
- ・事業所所在地 大分市下郡山の手1番27号
- ・TEL 097-568-0007
- ・FAX 097-568-0855
- ・代表者氏名 代表取締役 園田 順子
- ・設立 平成17年6月23日 設立

2. 事業所の概要

- ・事業所の種類 指定訪問介護事業所（令和4年4月1日介護保険事業所番号 第4470111610号）
- ・事業の目的 要介護状態又は要支援状態にある在宅の高齢者が、残存機能を可能な限り維持しながら日常生活を営むために、必要な訪問介護サービスを提供することを目的とする。
- ・事業所の名称 ホームヘルプサービス まごころ（令和4年4月1日 開設）
- ・所在地 大分市下郡山の手1番27号（〒870-0961）
- ・TEL 097-568-0007
- ・FAX 097-568-0855
- ・事業所管理者 吉田 靖代
- ・運営方針 利用者の方々の要介護状態等の心身の特性をふまえつつ、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様、入浴、排泄、食事の介助をはじめ身体介護、生活援助など在宅生活全般にわたる援助を行う。

3. 事業実施地域

- ・大分市内
- ・営業日 月曜日から日曜日までの午前9時から午後6時までとなっていますが、緊急時は常時対応可能な体制を確立しております。
（年末年始は、12月31日～1月3日の間原則として休みます。）

4. 職員の体制

当事業所では、ご利用いただくために介護サービスを提供する体制として

- | | |
|------------|--------|
| 管理者（施設長兼務） | 1名 |
| サービス提供責任者 | 2名 |
| 訪問介護員 | 2.5名以上 |
| 事務員（兼務） | 1名 |
- が勤務しております。

5. 提供するサービスと利用料金

当事業所が提供する訪問介護サービスについては

- （1）介護保険から給付される場合
 - （2）介護保険から給付対象外となっており、利用される方がサービス料金の全額を負担していただく場合
- の二つのサービスがあります。

(1) 介護保険の給付対象となるサービスについて

次のサービスについては介護保険の給付対象となりますので、サービス利用料金の90%～70%が保険給付となり、利用される皆様方の自己負担は10%～30%となります。

①身体介護

入 浴・・・入浴の介助又は清拭
排 泄・・・排泄の介助又はおむつの交換
食 事・・・食事の介助
体位変換・・・体位の変換と褥瘡予防の措置
通院介助・・・通院の際の介助
などの身体介護を行います。

②生活援助

調 理・・・サービス利用者の食事の用意
(国の指導により家族分の調理は行えないことになっております。)
洗 濯・・・サービス利用者の衣類等の洗濯
(国の指導により家族分の洗濯は行えないことになっております。)
買 物・・・サービス利用者の日常生活に必要な品物の買い物
(預金、貯金の取扱いのご依頼には応じられません。)

(サービス利用料金)

サービス利用料金は、身体介護、生活援助の二つの区分毎に、それぞれサービスに要した時間による区分とを組み合わせるサービス利用料金が決められております。また、サービスを利用する所要時間についても国の方針として決められた標準的な所要時間となっております。以上のことをふまえての平常のサービス時間帯(午前8時～午後6時)における利用料金は次のとおりであります。

(訪問介護) 特定事業所加算Ⅱを含む 《1割負担の場合》 単位：円

区分	サービスに要する時間	20分未満	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満
身体介護	単 価	1,793 円	2,684 円	4,257 円	6,237 円
	うち保険給付額	1,614 円	2,416 円	3,831 円	5,613 円
	自己負担額	179 円	268 円	426 円	624 円
生活援助	サービスに要する時間	20分～45分未満	45分以上		
	単 価	1,969 円	2,420 円		
	うち保険給付額	1,772 円	2,178 円		
	自己負担額	197 円	242 円		

(介護予防訪問介護相当サービス)

《1割負担の場合》 単位：円

サービスの種類	サービス内容	対象者	単価	自己負担
I	1月あたり週1回程度	事業対象者・要支援1・2	11,760 円	1,176 円
II	1月あたり週2回程度	事業対象者・要支援1・2	23,490 円	2,349 円
III	1月あたり週2回を超える程度	要支援 2	37,270 円	3,727 円

(訪問型サービス A)

《1割負担の場合》 単位：円

生活援助中心のサービス (身体介護行わない)	サービス内容	対象者	単価	自己負担
	20分以上45分未満	週2回以内：事業対象者・要支援1・2	1,790 円	179 円
	45分以上60分程度	週3回以内：要支援2	2,200 円	220 円

- 注 1. いずれの場合も利用料金全体の 90%～70%が保険から給付され、残りの 10%～30%が自己負担となります。
2. 生活援助には 20 分未満の時間設定はありません。
3. 平常の時間帯（午前 8 時～午後 6 時）以外の次の時間帯では、割増料金となります。なお、割増料金の時間帯でのサービス利用がありましてもそれが介護保険の介護度別の支給限度額の範囲内であれば保険給付の対象となります。
- ・ 早朝（午前 6 時～午前 8 時） 25%増
 - ・ 夜間（午後 6 時～午後 10 時） 25%増
 - ・ 深夜（午後 10 時～午前 6 時） 50%増
4. 2 人の訪問介護員が必要な場合は、ご契約者の同意のうえで通常料金の 2 倍の料金を頂きます。（例えば、体重が重い方に対する入浴介助等の重介助サービスや認知症状等による暴力行為などがみられ、2 人で訪問する必要性がある場合などです。）
5. 通常の事業実施地域を越えて行う訪問介護サービスに要した交通費については、その実費を徴収させていただきます。なお自動車を使用した場合の交通費は以下の金額を、タクシーを利用した場合は実費を請求させていただきます。
- * 通常の事業実施地域を越えてから片道概ね 10 キロメートル未満 無 料
 - * 通常の事業実施地域を越えてから片道概ね 10 キロメートル以上の場合 300 円
6. 交通費の徴収に際しては、あらかじめ利用者又はその家族に対し、当該サービス内容及び費用について文書で説明を行い、支払に同意する旨の文書に署名捺印を受ける。
7. ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合は、サービス料金の全額をいったん支払っていただくことになります。この場合は、要介護認定を受けた後、自己負担額を除く額は介護保険から払い戻されます。（償還払い）
- また、要介護認定は受けているが居宅サービス計画（ケアプラン）が作成されていない場合も同じく償還払いとなります。但し、ご契約者に特段の事情がおありの場合も同じく償還払いとなります。但し、ご契約者に特段の事情がおありの方については支払い方法で証明書を要する場合、ご契約者の申し出があれば事業所としてサービス提供に関する証明書を発行します。
8. 介護保険からの給付額に変更があった場合は、変更された額にあわせて自己負担額も変更させていただきます。

※ 初回加算：2,000 円（1 割の時）

新規に訪問介護計画書を作成したご契約者に対し、サービス提供責任者が初回もしくはその月の間に担当介護職員に同行した場合、またはサービスを行った場合に初回加算を算定しています。

※ 新加算Ⅱ 【介護職員処遇改善加算Ⅱロ】

介護職員処遇改善加算Ⅱ 26.6%を算定しています。

※ 同一の建物に居住するご契約者に対する減算

当事業所のご契約者で、事業所と同一の建物に居住するご契約者に対して 12%に相当する単位が減算となります。

（2）介護保険給付の対象とならないサービスについて

次のサービスについては介護保険の給付の対象とはなりませんので、サービス利用料金の全額がご契約者の自己負担となります。

①介護保険給付に関する介護度別の支給限度額を超えてのサービスを利用する場合

②介護保険給付の対象とならないサービスを訪問介護員に依頼する場合ただし、ご契約者に係る対象外サービスに限ります。（介護支援にあたらぬ行政手続きの代行その他、本来ご家族などが対応すべき事項について緊急を要する場合…事業所と協議のうえとします。）

（3）利用料金のお支払い方法

前記（1）、（2）による料金、費用は 1 ヶ月ごとに計算してご請求いたしますので翌月の 20 日までに下記のいずれかの方法でお支払い下さい。

次の方法による支払いをお願いいたします。

①大分県信用組合に口座をお持ちの方は以下の口座への手続きをお願いいたします。

大分県信用組合 下郡支店 普通口座 4022755

株式会社 ケア・スプリングハート 代表取締役 園田 順子

②大分県信用組合に口座をお持ちでない方は、可能であれば口座を開設して頂きたいと思いますが、諸事情により口座開設が難しい方は、その月の請求額について担当のヘルパーにお支払いください。

(4) 利用の中止、変更、追加

①利用予定日の前にご契約者の都合によりサービスの中止、変更もしくは新たなサービスの利用をすることができます。ただし、この場合には、居宅サービス計画の変更を必要とする場合もありますので、サービスの実施日の2日前までに事業者側にお申し出下さい。

②また、利用の変更の申し出について訪問介護員の稼働状況等により、その申し出た日にサービスの提供ができない場合は、他の日に変更することについてご契約者と協議いたします。

6. サービスの利用に関する事項

(1) サービスを担当する訪問介護員について

サービス提供決定時に、担当訪問介護員を決めさせていただき、サービスの提供にあたって担当者の体調その他のやむを得ない事情により、変更する場合があります。また、担当の訪問介護員は、原則として一定の期間をもって交替することになります。この場合は、ご契約者のご意見を尊重いたしますがおおむね1年から1年半を目安といたしますのであらかじめ、ご了承ください。

(2) 前項の他ご契約者からの交替の申し出によって交替することもできます。ただし、この場合原則として特定の訪問介護員をご契約者の方からご指名いただくことはご遠慮ください。

(3) サービス実施時の留意事項

①定められた業務以外のサービスについては、事業者や訪問介護員に依頼する事はできません。

②訪問介護サービスの実施に関する訪問介護員への指示命令はすべて事業者が行います。

但し、そのサービスの実施にあたっては、ご契約者の事情や意見等に十分配慮いたします。

③訪問介護サービスの実施にあたり、必要とする備品等（水道、ガス、電気を含む）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

(4) サービス内容の変更

サービス利用当日に、ご契約者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合は、事業者は変更したサービスの内容と時間に応じた利用料金を請求させていただきます。

(5) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、訪問介護サービスの提供にあたって次の行為は行いません。

①医療行為及び理容、美容に関して専門的技術を要すると判断される行為

②ご契約者又はそのご家族からの物品等の授受

③ご契約者のご家族に対する訪問介護サービスの提供

④飲酒及びご契約者もしくはその家族の同意なしに行う喫煙

⑤ご契約者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

⑥その他ご契約者もしくはその家族等に対して行う迷惑行為

(6) 提供記録の開示について

利用者からサービス提供記録の開示を求められた場合、開示に応じます。

7. 守秘義務

①当事業所は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密・個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後も含めて、第三者に漏らすことはありません。

②あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合は、前項の規程にかかわらず、一定の条件の下で情報提供することができます。

8. 緊急時の対応

サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変等が生じた場合には必要に応じて臨時応急手当を行うとともに、速やかに利用者の掛かりつけ医療機関への連絡や119番通報を行う等の必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応

- ①利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ②事故が生じた際には、その原因を解明し、再発生を防ぐ為の対策を講じます。

10. 苦情の受付

当事業所に関する苦情やご相談については、以下の窓口で受け付けます。

- ・受付担当

管理者 吉田 靖代 TEL 097-568-0007

- ・受付時間

毎週月曜日から金曜日までの午前9時から午後6時まで

TEL 097-568-0007

- ・このほか、施設の玄関口にご意見箱も設置しておりますのでご利用下さい。

- ・外部の窓口としては

大分市役所長寿福祉課

TEL 097-534-6111 (代表)

大分県国民健康保険団体連合会

TEL 097-534-8470

大分県社会福祉協議会

TEL 097-558-0300

などでも福祉サービスにかかる諸々の苦情、相談などを受け付けております。

令和 年 月 日

指定訪問介護サービスの提供開始にあたり、本書面ならびに付属文書に基づき当事業所が提供するサービスに関する重要事項の説明を行いました。

ホームヘルプサービス まごころ

サービス提供責任者

印

私は、本書面ならびに付属文書に基づいて事業者（訪問介護員）から重要事項の説明を受け、指定訪問介護サービスの提供の開始に同意しました。

ご契約者様

住 所

氏 名

印

ご契約者代理人様

住 所

氏 名

印