

訪問介護重要事項説明書
<2024年6月1日現在>

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話 0438-63-2258 (午前8時30分～午後5時30分まで)

担当者職氏名 サービス提供責任者 本田 貴紀
善場 新

* ご不明な点は、どのようなことでもおたずねください。

2. 当事業所の訪問介護サービスの特徴

運営の方針

当事業所は、ご利用者様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よう、入浴・排泄・食事等の介護、その他生活全般にわたる援助に努めます。事業の実施に当たっては、地域の保健・医療・福祉サービスの連携に努めます。

ご利用者様の意思及び人格を常に尊重し、ご家族様の要望に応えるべくサービスの提供に努めます。

3. さつき会ヘルパーステーションの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	さつき会ヘルパーステーション カトレアンホーム事業所
所在地	千葉県袖ヶ浦市蔵波2713-1
介護保険指定番号	訪問介護 (千葉県第1273400091号)
サービスを提供する地域*	袖ヶ浦市

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員配置

	資 格	員 数	業務内容
管 理 者		1名以上(常勤)	管理業務
サービス提供責任者	介護福祉士(実務経験5年以上)	1名以上(常勤)	訪問介護計画作成・身体介護他
訪問介護員等	介護福祉士・介護職員初任者研修修了者等	介護福祉士30%以上(常勤換算)	身体介護・生活援助

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数で除した数です。

(3) サービス提供時間帯

※休業日 12月31日～1月3日

全日	通常時間帯 8:00～18:00	早 朝 7:00～8:00	夜 間 18:00～21:00	*時間帯により料金が異なります。
----	---------------------	------------------	--------------------	------------------

4. 利用料金

(1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合となります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

身体介護	20分未満	20分～30分未満	30分以上～1時間未満	1時間以上(30分増す毎に)
	163単位	244単位	387単位	567単位(82単位を追加)
生活援助	20分～45分未満	45分以上	—	—
	179単位	220単位	—	—
身体生活	20分以上	45分以上	70分以上	身体介護に引き続き 生活援助の場合
	65単位	130単位	195単位	

*前表の料金設定《昼間》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。

*緊急時訪問介護加算 100 単位/回

ご利用者様やご家族様からの要請を受けて、介護支援専門員との連携を図り、居宅サービス計画にない身体介護中心型のサービスを提供した場合。

*初回加算 200 単位

新規及び2ヶ月以上サービスの提供がないご利用者様にサービスを再開した場合。

*生活機能向上連携加算（Ⅰ） 100 単位/月（初回の訪問介護を行った月以降3月の間に限り算定）

訪問・通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーション実施医療提供施設のリハビリテーション専門職や医師からの助言を受けることができる体制を構築し助言を受けた上でサービス提供責任者が、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成（変更）する。

リハビリテーション専門職・医師は通所リハビリテーション等のサービス提供の場において又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うこと。

*生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200 単位/月（初回の訪問介護を行った月以降3月の間に限り算定）

訪問・通所リハビリテーションのリハビリ専門職、リハビリテーション実施医療提供施設のリハビリ専門職・医師が訪問して行う場合。

*早朝（午前7時～午前8時）・夜間（午後6時～午後9時）帯は25%増しとなります。

*やむを得ない事情で、かつ、ご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。

*介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位数の24.5%

所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定。（区分支給限度基準額の算定対象外）

*地域区分 5級地 1単位=10.70円

10.70円を総単位数に乘じた物が、サービス費利用料となります。

（2）キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金を頂きます。キャンセルが必要な場合は、至急ご連絡ください。

当日午前利用 前日17時までにご連絡をいただいた場合	
当日午後利用 当日8時30分までにご連絡をいただいた場合	無 料
ご利用の3時間前までにご連絡をいただいた場合	当該基本料金の50%
ご利用の3時間前までにご連絡がなかった場合	当該基本料金の80%

（3）交通費（サービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。）

通常の事業実施地域を越えて行う指定訪問介護に要した交通費は、その実費を原則として徴収します。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収します。

・ サービス提供実施地域を越えてから、片道おおむね1km未満 100円

・ サービス提供実施地域を越えてから、片道おおむね1km以上1km毎 50円

（上限1,500円） ※この場合の交通費も実費の範囲内で設定することとします。

通常の事業実施地域外訪問交通費の徴収 有 ・ 無 （片道 km ・ 円）

（4）その他

*ご利用者様の自宅で、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気等の費用はご利用者様のご負担となります。

*事業者は当月利用料合計額の請求書に明細を付して請求を致しますので、ご利用者様は当月の利用料合計額を翌月末日までに支払ってください。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。お支払い方法は、口座振替・施設窓口への現金支払い・施設指定の金融機関への振込となります。

5. サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申込みください。当事業所職員がお伺いいたします。訪問介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始いたします。※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

（2）サービスの終了

①ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

- ・ご利用様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付サービスを受けていたご利用様の要介護認定区分が、要支援1・2または非該当（自立）と認定された場合
- ・ご利用様がお亡くなりになった場合

④その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用様やご家族様等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、ご利用様は文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了することができます。
- ・ご利用様が、サービス利用料金の支払を1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず1ヶ月以内に支払わない場合、またはご利用様やご家族様等が当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6. サービス内容

☆ 共通サービス（身体介護・生活援助）

健康チェック	安否確認、顔色・全体状態・発汗・体温等についてのチェック等
環境整備	換気・室温・日当たりの調整、ベットまわりの簡単な整頓等
相談援助・情報収集	利用者の介護のための情報収集、生活上の助言・情報提供、話を聞く事等による心理的支援

☆ 身体介護

体位交換	褥創予防の為に臥位姿勢交換
排泄介助	衣服の着脱、トイレへの移動（一部介助で移動可能）、排尿・排便の介助、陰部の清潔
清拭	湯の用意、衣服の着脱、清拭、身体状況の確認等・清拭後の後始末
身体整容	手足の爪切り、耳掃除、髪の手入れ
通院	受診への付き添い

☆ 生活援助

買物	買物内容・金銭の確認・買物(複数店での値段の比較等を含む)品物とつり銭の確認等
調理と後片付け	食事（ご飯・味噌汁・複数品）の調理と後片付け程度
掃除	掃除機かけ等利用者の生活空間の環境整備
洗濯	衣類等の洗濯、干し、取り入れ

7. 訪問介護の対象とならないもの

利用者本人以外家族の為に家事	草むしりや花木の手入れ	ペットの世話	来客の応接や留守番	洗車
家具・電気器具などの移動・修繕	大掃除や家屋の修繕など日常的な家事の範囲をこえるものなど			

8. 情報公開について

個人情報保護法案に基づき管理している個人情報・サービスの実施記録等は、お申し出によりいつでも公開いたします。また、当事業所の運営に関する資料については、原則閲覧となります。

9. 第三者による評価の実施状況

1 あり	実施日	
	実施機関名称	
	結果の開示	1 あり 2 なし
2 なし		

○ 訪問介護の内容・利用単位

提供するサービスの内容及び基本単位は下記のとおりです。

	曜日	時間帯	具体的援助・サービス内容	基本単位
①				
②				
③				

以後、訪問介護の内容変更については、居宅サービス計画にそって訪問介護のサービスを提供致します。

※介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により法定代理受領が出来なくなる場合があります。その場合は、一旦介護保険適用外の場合の料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。

サービス提供証明書を後日、各保険者（市町村）の窓口に出しますと差額の払戻しを受けることができます。

○サービスの提供中に容体等の変化があった場合は、事前の打合せにより主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医・氏名		電話	
ご家族氏名		電話	
その他連絡先		電話	

○相談、要望、苦情等の窓口

訪問介護に関する相談、要望、苦情等はサービス提供責任者か下記窓口までお申し出下さい。

さつき会ご利用者相談窓口（袖ヶ浦菜の花苑内）	0 4 3 8 - 6 2 - 7 7 4 0
袖ヶ浦市役所 介護保険担当課	0 4 3 8 - 6 2 - 2 1 1 1
千葉県国民健康保険団体連合会	0 4 3 - 2 5 4 - 7 4 2 8

○当事業所の緊急時の対応について

緊急時の連絡先 0 4 3 8 - 6 3 - 2 2 5 8 2 4 時間受け付けます。

年 月 日

訪問介護の提供にあたり、ご利用者様に対して契約書および本書面に基づいて必要な事項を説明しました。

事業者 <事業者名> さつき会ヘルパーステーションカトレアンホーム事業所
千葉県第1273400091号
<住所> 千葉県袖ヶ浦市蔵波2713-1
<理事長> 矢 田 高 裕 印
<説明者> さつき会ヘルパーステーションカトレアンホーム事業所
印

私は、契約書および本書面により、事業者から訪問介護についての重要事項の説明を受けました。

利用 者 住 所
氏 名 印
(代 理 人) 住 所
氏 名 印

※ 本重要事項説明書と同時に「契約書」にも署名・押印し、それをもって契約開始となる。

個人情報の取扱いについての同意

私は、作成された居宅サービス計画を実現するために、関係機関などに対して個人の情報を伝えること及び尋ねることを承諾します。
なお、以下についての情報は、了解なしに伝えてはならない。(該当する項目をチェックしてください。)

☐ 健康状態（病名） ☐ 家族状況 ☐ 経済状況
☐ その他 具体的に _____

利用 者 氏 名 印
(代 理 人) 氏 名 印

続 柄 (利用者との関係)

O

O