

訪問介護 **ありがとう** 鹿児島支店 重要事項説明書

2024年04月01日

この訪問介護重要事項説明書は、利用者が、訪問介護サービスを受けられるに際し、利用者やその家族に対し、当社の事業運営規定の概要や訪問介護従事者などの勤務体制等、利用者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記したものです。

1. 当社が提供するサービスについての相談、苦情、緊急対応窓口

営業時間	月～金 午前9時～午後6時まで 祝 午前9時～午後6時まで	TEL 099-813-7150 FAX 099-813-7151
緊急連絡先	上記以外の時間帯／休業日の緊急時	TEL 090-7292-4045
休業日	土・日	
管理者	野村 弘法	
サービス提供責任者	野村 弘法(兼務)	

2. 当社の概要

(1) サービス提供事業所

法人名	株式会社 PRO
所在地	鹿児島県鹿児島市泉町12-20
代表者名	代表取締役 服部 真
代表番号	TEL 099-813-7150 FAX 099-813-7151
介護保険事業所番号	訪問介護 4670111675号
サービス提供する時間	24時間年中無休
サービス提供する地域	鹿児島市

(2) 事業所の職員体制

職種	体制人数
管理者	1名(常勤兼務1名)
サービス提供責任者	1名以上(常勤兼務1名)
訪問介護員	2.5名以上(常勤・非常勤)

(3) 従業員の業務内容

職種	業務内容
管理者	サービス提供責任者等の従業員の管理、また、指定訪問介護のご利用申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行います。当事業所の従業員に、厚生労働省令で定められた指定訪問介護の人員基準及び運営に関する基準を遵守させるために、必要な指揮命令を行います。
サービス提供責任者	サービス提供責任者は、利用者の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、指定訪問介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容などを記載した訪問介護計画を作成し、利用者にもその内容を説明いたします。また、指定訪問介護のご利用の申し込みに係る

	調整、サービス従業者に対する技術指導などサービスの内容の管理を行います。
訪問介護員	利用者の居宅に訪問し、訪問介護サービスの実施を行います。

3. サービス内容

基本内容		安否確認、健康チェック、サービス準備、相談、記録等
身体介護	食事介助	配膳、食事量チェック、水分補給、摂取介助、下膳 流動食等の調理
	入浴介助 清拭	入浴準備、更衣介助、全身浴、部分浴（手浴、足浴、洗髪） 身体整容、入浴後清掃
	排泄介助	トイレ介助、ポータブルトイレ介助、おむつ交換、尿器 便器介助、尿便後始末、陰部臀部清拭
	身体整容 更衣介助	清拭、洗面介助、洗髪、寝衣交換、シーツ交換、布団干し 、 うがい・歯磨き・爪切り・髭剃りの介助、衣類・寝具の交換 義歯洗浄、
	移動介助	トイレ誘導、車椅子・歩行・座位移動介助、体位変換 通院・外出介助
	健康管理	薬の受取・整理、服薬介助
	特定行為	口腔・鼻腔・気管カニューレ内の喀痰吸引 胃瘻・腸瘻による経管栄養・経鼻経管栄養
生活援助	買物	献立作成、近隣への買い物
	調理	調理、温め、きざみ、盛付、配膳、下膳
	掃除	住居の清掃、換気・室温調整、後片付け、食器洗い
	洗濯	衣類管理、アイロンがけ、ベッドメイク

4. 苦情対応窓口

ありがとう鹿児島支店苦情相談窓口	鹿児島県鹿児島市泉町12-20 TEL 099-813-7150
市町村 介護保険課相談窓口	鹿児島県鹿児島市山下町11-1 本館1階5番窓口 TEL 099-224-1111
都道府県 国民健康保険団体連合会	鹿児島県鹿児島市鴨池新町7-4(県市町村自治会館内) TEL 099-206-1304

5. 利用料金

(1) 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、その介護保険負担割合証に定める割合の額とする。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。

- ・ 早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）帯は基本料金に対して、25%増し、深夜（午後10時～午前6時）は、50%増しとなります。
- ・ 介護保険適用の場合でも、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は基本料金を頂き、サービス提供証明書を発行します。

後日、当該市町村窓口に提出し、払戻しを受けてください。

(2) 交通費

上記サービス提供事業所の営業地域以外の利用者は、サービス従業者が訪問するための交通費の実費が必要となります。

(3) 支払方法

利用料金は、下記の方法によりお支払いいただきますようお願いします。

- ・訪問による集金
- ・口座引き落としによる集金

6. キャンセル

(1) 利用者様がサービスの利用を中止する際には、速やかに所定の連絡先までご連絡下さい。

連絡先	月～金 午前9時～午後6時まで 祝 午前9時～午前6時まで	TEL 099-813-7150
	上記時間以外	TEL 090-7351-4356

(2) 利用者様の都合でサービスを中止する場合には、サービス実施前日までにご連絡下さい。それ以降のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますのでご了承下さい。ただし、利用者の容態の急変や緊急でやむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。

時間	キャンセル料	備考
サービス利用日の前日まで	無料	営業時間午後6時まで
サービス利用日の当日	自己負担2,000円	(生活援助2)の10割負担

7. サービスの利用

(1) 利用者がホームヘルパーの交代を希望される場合には、できる限り対応いたしますので、前記のサービス提供責任者までご相談ください。

(2) サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。

- ① ホームヘルパーは、医療行為（上記「3. サービス内容」の「特定行為」を除く）や年金等の金銭の取扱いはしかねますので、ご了承下さい。（生活援助として行う買物等に伴う少額の金銭の取扱いは可能です）。
- ② ホームヘルパーは、介護保険制度上、利用者の介護や家事の準備等を行うこととされています。それ以外の業務については介護保険外のサービスとなりますので、ご了承下さい。
- ③ ホームヘルパーに対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

8. 医療費控除について

訪問介護サービス（生活援助は除く）の提供を受けた場合、その介護費用については、確定申告の医療費控除の対象となります。

9. 緊急時の訪問介護について

- ・身体介護……独居世帯や老老介護世帯で、要介護者が歩けないのに歩こうとしての転倒、ベッドからの転落、座り込んだまま動けない、予測できない失禁の介助清拭等
- ・急な体調不良……発熱、下痢、嘔吐、痛み、意識混濁、バイタル異常、不穏状で、医師との連絡や場合によっては通院、救急車の手配など
- ・寝たきりで全介助または重度認知症で常時見守りが必要な状態なのに、同居家族がやむをえない事情で留守にする場合

上記の場合、ホームヘルパー等が電話や訪問による状況確認を行い、ご家族やケアマネジャー等の関係機関と連絡相談の上、必要な緊急支援を行います。

またその際、ケアマネジャーが緊急時訪問介護加算を認めた場合に、(事後も含む)緊急の訪問介護サービス費用を、算定・請求(加算含む)させていただきます。

10. 虐待防止のための取り組みについて

事業者は、利用者等の人権の擁護、虐待防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じています。

- (1)虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果を従業員に周知します。
- (2)虐待の防止のための指針を整備します。
- (3)従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- (4)前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を定めます。

虐待防止に関する責任者	代表取締役 服部 真
-------------	------------

11. 算定加算について

- ・処遇改善加算(Ⅰ)……介護職員の安定的な処遇改善を図るための環境整備とともに、介護職員の賃金改善に 充てることを目的に創設された加算です。
賃金体系の整備・資質向上のための研修・人事考課などを整備しています。
- ・特定処遇改善加算(Ⅰ)……介護人材確保のための取組をより一層進めるべく、経験技能のある介護職員に重点化を図りながら介護職員のさらなる処遇改善を進めることを目的に創設された加算です。
- ・特定事業所加算(Ⅱ)……専門性の高い人材を確保し、介護度の高い利用者や支援が困難な場合に対しても積極的に提供するといった、質の高い介護サービスを実施している事業所を評価する加算です。
訪問介護員等個別の研修要件・会議の定期的開催要件(毎月第4週平日 19時開催)・サービス提供責任者と訪問介護員との綿密な連絡体制要件・
定期健康診断実施要件・緊急時における対応方法の明示要件・
訪問介護員所持資格要件・サービス提供責任者実務経験要件・
重度要介護等対応要件等の算定要件を満たしています。
- ・介護職員等ベースアップ等支援加算……介護職員の処遇改善を目的に「介護職員の収入を3%程度(月額9,000円相当)引き上げるため」に創設された加算です。

12. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する訪問介護の提供により事故が発生した場合は、利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

また、利用者に対する訪問介護の提供により損害賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

13. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
実施した直近の年月日	年 月 日
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

訪問介護サービスの提供開始にあたり、利用者様に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

年 月 日

事業者 所在地 : 鹿児島県鹿児島市泉町12-20
名称 : 訪問介護ありがとう鹿児島支店

説明者 氏名 : _____

私は、本書面により事業者から訪問介護サービスについての重要事項の説明を受けその内容に同意し交付を受けました。

年 月 日

利用者 住所 : _____

氏名 : _____

上記代理人（代理人を選任した場合）

住所 : _____

氏名 : _____