

ヘルパーステーション 結の街 重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して指定訪問介護サービスを提供いたします。
事業所の概要や提供されるサービスの内容・契約上ご注意頂きたいこと
をご説明いたします。

当事業所は介護保険の指定を受けています

鹿児島県 第4670100082

指定訪問介護事業所 ヘルパーステーション結の街 重要事項説明書

1. 対象となるご利用者

介護保険法による、要介護度1～5 の認定を受けた方が対象です。

2. 訪問介護の概要

訪問介護は、要支援及び要介護者、または障害者が家族等において可能な限り、自立した日常生活を営むことができるよう立案された、「居宅介護サービス計画」に基づいて必要な家事・身体介護等のホームヘルプサービスを提供します。

このサービスを提供するにあたっては、関係市町村、保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、ご利用者とご家族の希望を十分に取り入れ、訪問介護計画を検討・作成し、予めこれらの計画の内容についての説明を行い、同意を頂きます。

3. 職員体制及び職務内容について

当指定訪問介護事業所は、以下の職員によって運営がなされております。

(1) 管 理 者 : 坂口 香美 (介護福祉士)

管理者は事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに自らも指定訪問介護の提供にあたります。

(2) サービス提供責任者 : 2名以上

サービス提供責任者は、指定訪問介護の提供にあたりるとともに、事業所に対する指定訪問介護の利用申込みに係わる調整、訪問介護員等に対する技術指導、訪問介護計画の作成等を行います。

(3) サービス担当者人員配置

訪問介護員：介護福祉士、介護職員初任者研修・実務者研修修了者
(常勤換算 2.5名以上)

訪問介護員は、指定訪問介護の提供にあたります。

4. 営業時間と地域について

(1) 営業日及び時間：月曜日から日曜日まで（0時から24時）

(2) 休業日：12月29日、30日、31日、1月1日、2日、3日

(3) 営業地域：鹿児島市（ただし、片道15kmを超える場合は別途交通費200円を申し受けます。）

5. 提供するサービスの第三者評価の実施状況・・・第三者評価受審（有・無）

「有」の場合

実 施 日	
評 価 機 関 名	
評価結果の開示方法	

6. 利用料について

それぞれのサービスについて平常時間帯(午前8時～午後6時)での利用料は次の通りです

	サービスに要する時間	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満
身体介護	利用料金	1,630 円	2,440 円	3,870 円
	介護保険から 給付される金額	1,467 円	2,196 円	3,483 円
	サービス利用に 係る自己負担額(1割分)	163 円	244 円	387 円
生活援助	サービスに要する時間	20分以上 45分未満	45分以上	
	利用料金	1,790 円	2,200 円	
	介護保険から 給付される金額	1,611 円	1,980 円	
	サービス利用に 係る自己負担額(1割分)	179 円	220 円	

- 初回加算 所定単位数に 200 単位加算
- 緊急時訪問介護加算 所定単位数に 100 単位加算
- 生活機能向上連携加算Ⅰ 所定単位数に 100 単位加算
- 生活機能向上連携加算Ⅱ 所定単位数に 200 単位加算
- 特定事業所加算Ⅱ 所定単位数の 10/100 単位加算
- 介護職員処遇改善加算Ⅰ 所定単位数の 245/1000 単位加算
- 口腔連携強化加算 1 回につき 50 単位

早朝加算	午前6時～午前8時	所定単位数に 25 / 100 単位加算
夜間加算	午後6時～午後10時	
深夜加算	午後10時～午前6時	所定単位数に 50 / 100 単位加算

- (1) 介護保険給付のご利用者は、法定介護報酬の1割・2割・3割のご負担となります。但し、ご利用者が要介護認定をまだ受けていない場合には、法定額の全額を申し受け、結果通知の後、保険者である市町村からの償還を受けるために必要な手続きをいたします。また、居宅サービス計画を自己作成される方々も同様です。
- (2) 支給限度額を超えるなど、保険外での「上乗せサービス」の提供がケアプラン上計画されている場合は、法定介護報酬額の全額の請求となります。
- (3) 保険料の未納等の理由により給付率が制限される対象者については10割から給付率を減じた差額分を申し受けます。
- (4) 外出・通院介助を行った際、公共交通機関を利用した場合は、その実費を別途申し受けます。

7. 利用料の支払いについて

月末締めで翌月の10日以降に請求書を発行致しますので、月末までにお支払いください。3ヶ月以上未納の場合は、サービスの提供を中止することもあります。

8. 利用の中止・変更・追加等について

(1) 利用予定日の前に、訪問介護の中止または変更・新たなサービスの利用を追加する相談に応じることができます。但し、この場合はその旨を予め介護支援専門員（ケアマネージャー）への申し出が必要です。

(2) 利用予定日の24時間前までに申し出がなく、当日になって利用の中止を申し出た場合はキャンセル料を申し受けます。

但し、緊急入院等やむを得ない場合は、この限りではありません。

① 24時間前までにご連絡を頂いた場合：キャンセル料 無料

② 12時間前までにご連絡を頂いた場合：規定料金の50%

③ 連絡がないままに訪問が実施された場合：規定料金の100%

(3) 利用内容の変更、追加の申し出に対しては可能な限り応じますが、稼働状況等により当方より他日に振替を依頼する場合もあります。

(いずれの場合も居宅介護支援事業者（ケアマネージャー）への事前の連絡・相談が必要です。)

9. 利用の休止・終了について

下記の場合は、自動的にサービスの提供を終了（休止）します。

① ご利用者が、医療機関または介護保険施設等に入院、入所した場合

② ご利用者の認定区分が自立と認定された場合

③ ご利用者が死亡された場合

10. 秘密保持について

(1) 当指定訪問介護事業所は、正当な理由がない限り、利用者に対するサービス提供にあたって知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。

(2) 当指定訪問介護事業所は、その従業員が退職後、在職中に知り得た利用者又は家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

1 1. 個人情報の取り扱いについて

指定ヘルパーステーション結の街では、利用者の尊厳を守り、安全に配慮するという事業所理念のもと、お預かりしている個人情報について利用目的を以下のとおり定めます。

(1) 利用者への訪問介護サービスの提供に必要な利用目的

当事業所内での利用目的

- ・ 訪問介護計画書並びに手順書の作成
- ・ 介護保険事務
- ・ 当事業所の管理運営業務のうち
利用開始・中止等の管理
苦情・事故等の報告
当該利用者の訪問介護サービスの質の向上

他事業所等への情報提供を伴う利用目的

- ・ 当事業所が利用者等に提供する介護サービスのうち
居宅介護支援事業所との連携（サービス担当者会議等）照会への回答
利用者の療養等にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
家族への心身の状況説明
- ・ 介護保険事務のうち
保険事務の委託
審査支払機関へのレセプトの提出
審査支払機関または保険者からの照会への回答
- ・ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等

(2) 上記以外の利用目的

当事業所の内部での利用に係る利用目的

- ・ 当事業所の管理運営業務のうち
介護・医療サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
当事業所において行われる学生の実習への協力
当事業所において行われる事例検討

他事業所等の情報提供に係る利用目的

- ・ 当事業所の管理運営業務のうち
外部監査機関への情報提供

1 2. 虐待の防止について

虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果を訪問介護員等に周知徹底を図っています。
- (2) 虐待防止の指針を整備します。
- (3) 訪問介護員に対し、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (4) 虐待防止に関する担当者を選定しています。
虐待防止に関する担当者： 管理者 坂口 香美
- (5) サービス提供中に、当該事業所の訪問介護員又は擁護者等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。

1 3. 身体拘束等について

身体拘束の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- 1 利用者本人又は他者の生命・身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとする。
- 2 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- 3 身体拘束の研修を定期的に実施します。

1 4. 業務継続計画の策定等について

- 1 感染症や非常災害の発生において、利用者に対し指定訪問介護の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- 2 業務継続計画を訪問介護員等に周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- 3 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 5. 緊急時の対応について

- ・訪問介護の提供中に、ご利用者に急変が生じた場合は、必要に応じて速やかに主治医とご家族など緊急連絡するなど必要な対応を行います。
- ・提供時外の緊急時は、連絡を受けたサービス提供責任者が適切に対応します。
(月～土・8:30～17:30 電話 099-267-0177)

1 6．訪問介護サービス利用にあたっての留意事項

- (1) 予め計画されたケアプランに基づきサービスが実施されるようご協力下さい。
- (2) 貴重品、現金等の預かりは原則として行いませんが、必要時お預かりする場合は金額等の確認を行った上で預り証を発行します。
- (3) 早朝、夜間、深夜の訪問の場合は鍵をお預かりすることがあります（預り証発行）
- (4) ヘルパーの訪問時、公・私用車で訪問する場合がありますが、ご利用者を同乗して外出することはできません。
- (5) 訪問介護のサービスは、日常生活を営むのに必要な生活援助は行いますが、大掃除、庭木の手入れ、ペットの世話等は介護給付では行えません。
- (6) 従業者への金品の贈り物などはお受けいたしませんのでご遠慮ください。
- (7) 従業者へのご依頼やお問い合わせは必ず事務所へご連絡下さい。個人的に従業員の電話番号や住所等のお知らせは出来ません。
- (8) 訪問介護のサービス提供時に、従業者の明らかな過失によりご利用者に損害が発生した場合（物品の破損および紛失など）は、損害の補償をいたします。
- (9) 介護認定に基づく「介護給付」としての訪問介護は、ご本人へのサービス提供に限定されます。健康なご家族への家事の提供は含まれませんのでご協力下さい。
- (10) 介護報酬規定の基準を満たし、1名のヘルパーでは安全に業務の遂行が危惧されると判断した場合は、2名のヘルパーを派遣する場合があります。その場合、規定の2倍の料金となります。
- (11) 当指定訪問介護事業所は、利用者からサービスの提供に関する記録等の閲覧・謄写を求められた場合にはこれに応じます。
- (12) ①サービス提供を行う訪問介護員
サービス提供開始時、担当の訪問介護員を決定します。原則として6ヶ月交替とします。但し、実際のサービスにあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供する場合があります。又、代行の訪問介護員がサービスを提供する場合があります。
②訪問介護員の交替
ご利用者からの交替の申し出
選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められた事情・その他交替をする理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることが出来ます。但し、ご利用者から特定の訪問介護員の指名は出来ません。
③事業者からの訪問介護員の交替
事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。訪問介護員を交代する場合は、契約者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分配慮するものとします。

17. 要望および苦情等の相談

当指定訪問介護事業所へのご要望や苦情等はお気軽にご相談下さい。
または、以下の相談窓口をご利用下さい。

ヘルパーステーション 結の街 （担当：坂口 ）

受付曜日	受付時間	連絡先
月曜日～土曜日 (祝日を除く)	午前8時30分～ 午後5時30分	TEL 099-267-0177 FAX 099-267-6689

鹿児島市すこやか長寿部 介護保険課

受付曜日	受付時間	連絡先
月曜日～金曜日 (祝日を除く)	午前8時30分～ 午後5時15分	TEL 099-216-1280 FAX 099-219-4559

鹿児島県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護保険相談室

受付曜日	受付時間	連絡先
月曜日～金曜日 (祝日を除く)	午前8時30分～ 午後5時15分	TEL 099-213-5122 FAX 099-213-0817

鹿児島県社会福祉協議会事務局 長寿社会推進部 福祉サービス運営適正化委員会

受付曜日	受付時間	連絡先
月曜日～金曜日 (祝日を除く)	午前9時00分～ 午後4時00分	TEL 099-286-2674 FAX 099-257-5707

指定訪問介護 ヘルパーステーション結の街 訪問介護利用同意書

指定訪問介護ヘルパーステーション結の街の訪問介護を利用するにあたり、これらの内容に関して担当者による説明を受け、十分に理解した上で同意します。双方の合意を証するため、本書2通を作成し、当事者双方が記名・押印の上、各自1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

〈利用者〉

住所：_____

氏名：_____ 印

〈家族〉

住所：_____

氏名：_____ 印 続柄

〈代理人〉

利用者は、身体状況等により署名ができないため、本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって記名押印致します。

住所：_____

氏名：_____ 印 続柄

〈事業者〉

公益財団法人 慈愛会

理事長 今村 英仁

〈事業所〉

指定訪問介護事業所

ヘルパーステーション 結の街 印