

訪問介護 重要事項説明書

高知市介護保険指定事業所番号

3 9 7 0 1 0 5 6 4 3

訪問介護事業所ひととせ

訪問介護 重要事項説明書

あなたが利用しようと考えている訪問介護業務について、事前に知っておいていただきたい内容をご説明いたします。ご不明な点があれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「高知市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成 25 年 1 月 1 日第 19 号）」第 9 条の規定に基づき、訪問介護サービス提供契約締結に際して、事業者が予め説明しなければならない内容を記したものです。

1 訪問介護を提供する事業者について

法人名称	株式会社ライフテラス
代表者氏名	代表取締役 山崎 浩志
法人所在地 (連絡先)	781-5103 高知市大津乙 161-18 TEL 088-879-3408

2 ご利用者への訪問介護提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	訪問介護事業所ひととせ
指定事業者番号	高知市指定
事業所所在地	781-8132 高知市一宮東町 1 丁目 28-24-2 ハイツショウエイ 2 番館 211 号
連絡先	TEL 088-855-7853
事業所の通常の事業実施地域	高知県高知市

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	要介護状態となった場合においても日常生活にわたる援助を行うことにより、その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支援することを目的とする。
運営方針	利用者の要介護状態の軽減、悪化の防止・予防に資するよう目標を設定し計画的に行い、利用者が日常生活を営むことができるよう必要な援助をおこなうとともに、その置かれている環境等の把握に努め、相談援助等の生活指導を行う。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日（但し、祝日及び12/31～1/3を除く。）
営業時間	午前8時30分から午後5時30分
提供時間	24時間
緊急時連絡先	① 088-855-7853 ②090-7149-8057

(4) 事業所の職員体制

事業所の管理者	管理者氏名 西村 将輝	
職種	職務内容	人員数
サービス提供責任者	介護計画作成・調整・管理	1名以上
訪問介護員	日常生活の支援・介護・介護相談	2.5名以上

※ 訪問介護員はサービス提供責任者を含めて常勤換算2.5名以上

3 訪問介護の内容、利用料について

(1) 訪問介護計画に沿って食事の提供・入浴介助・排泄介助・調理・洗濯等、その他必要な介護を提供します。

(2) サービス及び利用料金等

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該訪問介護事業所が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

※介護保険負担割合証に基づいた利用額の負担が必要です。

※ 負担割合が1割の場合

		利用料金は要介護区分によって変動致しません。	備考
身体介護	20分未満(緊急時、早朝、夜間、深夜のみ)	1,630円(利用者負担163円)	※早朝(午前6～8時)及び夜間(午後6～10時)は、25%を加算、深夜(午後10時～午前6時)は、50%を加算。 ※2人体制派遣の場合(通院等のための乗車又は降車の介助を除く)は200/100で算定。
	20分以上30分未満	2,440円(利用者負担244円)	
	30分以上1時間未満	3,870円(利用者負担387円)	
	1時間以上	5,670円(利用者負担567円)	
		上記金額に所要時間から計算して30分増すごとに820円(82円)を加算	
生活援助	20分以上45分未満	1,790円(利用者負担179円)	
	45分以上	2,220円(利用者負担220円)	
生活援助	20分以上45分未満	650円(利用者負担65円)	身体介護(20分未満を除く。)に引き続き(混在して)、生活援助を行った場合に算定
	45分以上70分未満	1,300円(利用者負担130円)	

	70 分以上	1,950 円(利用者負担 195 円)	
初回加算	新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が訪問又は訪問に同行した場合に算定。		2,000 円/月 (利用者負担 200 円)
緊急時訪問介護加算	利用者やその家族から要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネージャーと連携を図り必要と認めたとときに、居宅サービス計画にない訪問介護(身体介護)を 24 時間以内に行った場合。		1,000 円/回 (利用者負担 100 円)
特定事業所加算(Ⅱ)	訪問介護員等・サービス提供責任者ごとに作成された研修計画に基づく研修の実施 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項の伝達等を目的とした会議の定期的な開催 利用者情報の文書等による伝達、訪問介護員等からの報告(※)直接面接しながら文書を手交する方法のほか、FAX、メール等によることも可能 健康診断等の定期的な実施 緊急時等における対応方法の明示 訪問介護員等のうち介護福祉士の占める割合が 30%以上、又は介護福祉士、実務者研修修了者、並びに介護職員基礎研修課程修了者及び 1 級課程修了者の占める割合が 50%以上、又は全てのサービス提供責任者が 3 年以上の実務経験を有する介護福祉士、又は 5 年以上の実務経験を有する実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者若しくは 1 級課程修了者		所定単位数の 10%を加算
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	サービス提供責任者が、指定訪問リハビリテーション事業所、指定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を実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画書を作成し、計画に基づく訪問介護を行っていること。 ※ 初回の訪問介護を行った月以降 3 月の間に限り算定。		100 円/月(利用者負担 100 円)
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	指定訪問リハビリテーション事業所、指定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を実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定リハビリテーション等の一環として利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する等により、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と利用者の身体の状態等の評価を共同して行い、かつ、生活機能向上を目的として訪問介護計画を作成した場合であって、当該医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と連携し、計画に基づく訪問介護を行っていること。		200 円/月(利用者負担 200 円)

	<p>※生活機能向上連携加算(Ⅰ)を算定している場合は、算定しない。</p> <p>※ 初回の訪問介護を行った月以降 3 月の間に限り算定。</p>	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の 24.5%を加算	
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数の 22.4%を加算	
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の 18.2%を加算	
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数の 14.5%を加算	
介護職員処遇改善加算(Ⅴ)(1)~(14)	現行の 3 加算の取得状況に基づく加算率	
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	<p>認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が利用者の50%以上</p> <p>認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が 20 人未満の場合は 1 以上、20 人以上の場合は 1 に、当該対象者の数が 19 を超えて 10 又は端数を増すごとに 1 を加えて得た数以上配置</p> <p>認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合</p> <p>当該事業所の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催</p>	3 単位/日
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	<p>認知症専門ケア加算(Ⅰ)のイ・エの要件を満たすこと</p> <p>認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の 20%以上</p> <p>認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して専門的な認知症ケアを実施した場合</p> <p>認知症介護指導者研修修了者を 1 名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施</p> <p>介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定</p>	4 単位/日
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数の 2.4%を加算	
口腔連携強化加算	事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合に置いて、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場	50 単位/回

	合に、1月に1回に限り所定単位数を加算する。 事業所は利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数表区分番号 C000 に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。	
--	---	--

※ 提供時間数は、実際のサービス提供時間ではなく、居宅サービス計画に定める時間数によるものとします。

(3) 交通費

前記2の(1)の通常の事業実施地域にお住まいの方は無料です。

通常の事業実施地域以外にお住まいの方は、サービス従業者がお訪ねするための交通費の実費をいただきます。

提供時間帯名	早朝	昼間	夜間	深夜
時間帯	午前6時から 午前8時まで	午前8時から 午後6時まで	午後6時から 午後10時まで	午後10時から 午前6時まで

4 利用料、その他の費用の請求及び支払い方法について

利用料、その他の費用の請求	利用料はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額(1ヶ月単位)により請求いたします。請求書は利用月の翌月中旬までにお渡しいたします。
利用料、その他の費用の支払い	請求月の末日(利用月の翌月末日)までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 請求書記載の指定口座への振込み ・ 現金による事業所への直接支払い ・ 指定口座からの引落

5 秘密の保持と個人情報の保護について

個人情報の使用目的	利用者及びその家族等の個人情報を、居宅サービス計画に基づくサービス担当者会議の開催及び関係機関との連携、事業所内でのカンファレス、その他サービス提供上必要な場合、その情報を用いる事及び必要な情報の収集を行う為使用するものとします。
利用者及びその家族に関する秘密の保持	事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
個人情報の保護について	事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、利用者の家族の個人情報を用いませぬ。 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

6 利用者及び家族等の禁止行為について

利用者及び家族等は、ホームヘルパーに対する次の行為は許されません。

- (1) セクシュアルハラスメント、飲酒の強要、暴力行為、その他迷惑行為
- (2) 身体及び財物の損傷、又は損壊すること

7 訪問介護業務に関する相談、苦情について

【事業者の窓口】 訪問介護事業所ひととせ	所在地 高知市一宮東町1丁目28-24-2 ハイツショウエイ2番館211号 電話番号 088-855-7853
【市町村の窓口】 高知市介護保険課	所在地 高知市本町5丁目-1-45 電話番号 088-823-9972
【公的団体の窓口】 高知県国民健康保険団体連合会	所在地 高知市丸ノ内2丁目8-11 電話番号 088-820-8410
第三者評価	評価機関：高知県社会福祉協議会 実施日(直近)：平成30年6月12日 評価結果の開示について：WAMNET http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/

8 賠償責任

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場合には、その責任の範囲において、利用者に対してその損害を賠償します。

9 緊急時（事故等）の対応方法について

サービス提供中に利用者に緊急の事態（事故等）が発生した場合、利用者の主治医・家族・その他の関係機関等に連絡調整を行い、その内容を記録・報告します。又、再発防止の為の対策を講じます。

医療機関	電話番号	主治医
家族	電話番号	勤務先等
関係機関	電話番号	担当者

