

左右会ヘルパーステーション

訪問介護

重要事項説明書

1. 事業所の名称等

事業者名称	医療法人 左右会
事業所名称	左右会ヘルパーステーション
所在地	鹿児島県志布志市志布志町志布志2丁目3番6号
電話番号	099-473-8137
FAX番号	099-473-8138
管理者名	北村 留美
指定年月日	令和2年4月1日
有効期間（更新）	介護保険：R8.3.31
事業所番号	4676800081

2. 訪問介護事業所の目的と運営方針

◆事業の目的

医療法人左右会が開設する「左右会ヘルパーステーション」（以下「事業所」という。）が行う、指定訪問介護事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護福祉士、又は訪問介護員養成研修の修了者（以下「訪問介護員等」という。）が、要介護（以下「要介護者等」という。）にある高齢者に対して、適正な指定訪問介護事業を提供することを目的とする。

◆運営方針

事業所の訪問介護員等は、要介護者等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できるよう、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス等の綿密な連携を図り、又指定居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等への報告等を行い、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

3. 事業所の職員体制

職種	専従		兼務	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤
管理者			1	
サービス提供責任者			2	1
訪問介護員等	3	10名以上		

4. サービス内容

◆訪問介護サービス

- ・当事業所の訪問介護員等は、要介護者の家庭での生活を継続させる為、居宅サービ

ス計画に基づいて訪問介護計画書を作成し、身体介護・生活援助、その他必要なサービスを提供していきます。この計画書は利用者の日常生活の回復を図る従事者の協議によって作成されますが、その際、利用者及びご家族の希望を十分に取り入れ、又計画の内容については同意を頂きます。

・訪問介護員は、サービス実施後、実施記録を行い、利用者及びご家族から確認印を頂きます。また、本人が記録内容を既読、捺印出来ない場合は、口頭にてサービス内容実施の説明を行い、本人の了解を得て、訪問介護員が代行で確認印を捺印します。

【身体介護】

利用者の身体に直接接触して行う介助サービス（そのために必要となる準備、後片付け等の一連の行為を含みます。）

- ① 利用者の日常生活動作能力（ADL）や意欲の向上のために利用者と共に自立支援のサービス
- ② その他専門的知識・技術（介護を要する状態となった要因ある、心身の障害や疾患に伴って必要となる特段の専門的配慮）をもって行う。利用者の日常生活上・社会生活上のためのサービス

※身体介護サービス内容の主なもの

排泄介助（トイレ・ポータブルトイレ利用、おむつ交換）	陰部洗浄	爪切り
清拭（部分清拭）	部分浴（手浴及び足浴、洗髪）	全身浴
食事介助		
洗面等	更衣介助	体位変換
身体整容（日常的な行為としての身体整容）		
移乗・移動介助（移乗、移動、外出介助）	服薬介助	
起床・就寝介助（起床介助、就寝介助）	サービス準備・記録等	

【生活援助】

身体介護以外の訪問介護であって、掃除・洗濯・調理などの日常生活の援助（その為必要な一連の行為を含む）であり、利用者が単身・家族が障害・疾病などのために本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいいます。

（生活援助は本人の代行的なサービスとして位置付けられ、仮に介護等を要する状態が解消された場合、本人が自身で行うことが基本となる行為となります）

※次のような行為は生活援助の内容に含まれませんので留意して下さい。

1. 商品の販売や農作業等生業の援助的な行為
2. 直接、本人の援助に該当しない行為
 - ・主として家族の利便に供する行為又は家族が行うことが適当であると判断される行為
3. 日常生活の援助に該当しない行為
 - ・訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される場合
 - ・日常的に行われる家事の範囲を超える行為

※生活援助サービス内容の主なもの

掃除	洗濯	ベッドメイキング	通所利用の準備	ゴミの分別	服薬確認
衣類の整理	調理	配膳・下膳	買い物	サービス準備・記録等	

5. 営業日及び営業時間

（営業日） 原則として年中無休とする。

（営業時間） 午前8時から午後5時30分までとします。但し利用者から要請がある場合は対応し、24時間常時連絡が可能な体制とする。

6. 事業実施地域

志布志市・大崎町・宮崎県串間市

7. 介護保険証、 介護保険負担割合証の確認

ご利用に当たり、介護保険証、介護保険負担割合証の確認をさせていただきます。

8. 利用料金

〈要介護1～5の方〉 訪問1回分当たりの自己負担額となります。

※サービス利用額の介護保険負担割合証による自己負担額を請求させていただきます。

※詳細な利用料金表は別紙にてご説明させていただきます。

9. 支払い方法

①当該月末締めとし、翌月10日以降のご請求となります。

②当月の料金の合計額を翌月30日までに（現金又は銀行振込み）お支払い頂きます。

・銀行振込み先

鹿児島銀行 志布志支店 普通 口座番号408182

口座名 いりょうほうじんさゆうかい りじちょう はしぐち わたる
医療法人左右会 理事長 橋口 渡

10. 秘密保持（個人情報の利用について）

1. 当事業所とその職員は、当法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た利用者又は身元引受人等若しくはその家族等に関する個人情報の利用目的を別紙に定め、適切に取り扱います。また正当な理由なく第三者に漏らしません。但し、例外として次の各号については、法令上、関係事業者が行うべき義務として明記されていることから、情報提供を行うこととします。

① 訪問介護サービスの遂行

② サービス担当者会議での情報の共有

③ 主治医及び入院等の診療担当医、各サービス担当者との情報の共有

④ 生命・身体の保護のため必要な場合（利用者の人権擁護、虐待防止等の観点、災害時において安否確認、情報を行政に提供する場合等）

④ 当事業所名でのカンファレンス・ミーティング

⑤ 関連学会、研修会での匿名下での発表

なお、利用目的が変更される場合は事前に変更事由を説明し同意を得た上で利用させていただきます。

2. 前項に掲げる事項は、利用終了後も同様の取扱いとします。

3. 介護サービスの提供記録は、ご希望があれば開示いたしますのでお申し出下さい。

11. 相談窓口

苦情やご相談につきましては、以下の窓口にて受付致します。

①左右会ヘルパーステーション（担当：北村）

所在地：鹿児島県志布志市志布志町志布志 2-3-6

電話番号：099473-8137 FAX：099-473-8138

②公的な介護サービスに関する窓口

- ・大隅地域振興局 地域保健福祉課介護指導係
所 在 地：鹿屋市打馬2丁目16-6 電話番号：0994-52-2122
- ・鹿児島県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護相談室
所 在 地：鹿児島市鴨池新町6-6 電話番号：099-213-5122
- ・その他各市町村介護保険係

12. 緊急時等の対応

訪問介護員は、サービス実施中利用者の病状状態に急変、その他緊急事態が生じた場合は、管理者・サービス提供責任者へ報告し、主治医・医療機関へ速やかに対応措置を講じます。また、担当ケアマネ、「同意書」へご記入いただいた連絡先に連絡します。緊急時の対応、損害賠償等については契約書、運営規定等に明示しております。

感染症や災害が発生した場合であっても必要なサービスが継続的に提供できる体制を構築できるように、事業所との連携や研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を行っていきます。

事業所は、利用者の主治医への連絡を行い、医師の指示に従います。また、「同意書」にご記入いただいた連絡先に連絡します。

利用者の 主治医	主 治 医 名	
	医 療 機 関 の 名 称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	

左右会ヘルパーステーションの訪問介護・介護予防訪問介護サービスを利用するにあたり、左右会ヘルパーステーション契約書兼重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 () _____

<代理人（続柄 ）>（成年後見人）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 () _____

<保証人>

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 () _____

【請求書・明細書及び領収書の宛名及び送付先】

氏 名	(続柄)
住 所	〒 —
電話番号	()

【緊急時及び事故発生時の連絡先】 ※上記、身元引受人・保証人に同じの場合は、住所等は省略して可

氏 名	① (続柄)	② (続柄)
住 所		
電話番号	1. () 2. ()	1. () 2. ()

当事業所は、本契約書兼重要事項説明書に基づいて利用者・家族及び身元引受人等へ重要事項について説明いたしました。

所 在 地

事業所名称

説明者氏名

鹿児島県志布志市志布志町志布志 2 丁目 3 番 6 号

左右会ヘルパーステーション

_____ 印

訪問介護サービス料金表

*介護保険1割分の表記となっています。負担割合証により2割または3割のご負担の場合もあります。

サービス内容等		料金/サービス内容	
		身体介護	生活援助
基本単位	20分以上30分未満	268円	
	20分以上45分未満		197円
	30分以上1時間未満	426円	
	45分以上		242円
	1時間以上1時間30分未満	624円	
複合	身体1生活1（身体20分以上30分未満、生活20分以上～45分未満）※約60分程度	340円	
	身体1生活2（身体20分以上、生活45分以上～70分未満）※約90分程度	411円	
	身体1（身体20分以上30分未満）※約30分程度	268円	
	身体2（身体60分未満）※約60分程度	426円	
	身体2生活1（身体60分未満生活20分以上～45分未満）※約90分程度	497円	
	生活2（生活20分以上～45分未満）※約45分程度	197円	
	生活3（生活30分以上～60分未満）※約60分程度	242円	
加算	特定事業所加算Ⅱ （※上記の基本単位および複合は既に10%を加算した金額で表記しています）	1回につき基本単位に10%加算	
	早朝の場合（午前6時から午前8時まで）	1回につき基本単位に25%加算	
	夜間の場合（午後6時から午後10時まで）	1回につき基本単位に25%加算	
	深夜の場合（午後10時から午前6時まで）	1回につき基本単位に50%加算	
	2人の訪問介護員が行った場合	1回につき基本単位の200%となります。	
【その他加算】			
※初回加算（月1回）200円			
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にサービス提供責任者が同行した場合。（但し、過去2カ月に当該訪問介護事業所の利用がない場合に限る。）			
※緊急時訪問介護加算（1回につき）100円			
利用者やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図りケアマネジャーが必要と認めたときに、居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行った場合。			
※生活機能向上連携加算（Ⅰ）（算定開始月より4ヶ月間、月1回）100円			
・訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又は、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受ける事が出来る体制を構築し、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書を作成（変更）する事。 ・当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・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事			
※生活機能向上連携加算（Ⅱ）（算定開始月より4ヶ月間、月1回）200円			
・現行のリハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合			
※介護職員処遇改善加算(Ⅲ)			
上記金額のひと月の合計金額に18.2%が加算されます。			