

左右会ヘルパーステーション
第 1 号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）
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	0 9 9 - 4 7 3 - 8 1 3 7
F A X 番号	0 9 9 - 4 7 3 - 8 1 3 8
管理者名	北村 留美
指定年月日	令和 6 年 4 月 1 日
有効期間（更新）	訪問型サービス：R12.3.31
事業所番号	4 6 7 6 8 0 0 0 8 1

2. 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、第 1 号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）（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、要支援状態等にある高齢者（以下「要支援者等」という。）に対して、適正な介護予防訪問介護相当サービス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、要支援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

◆第 1 号訪問サービス（介護予防訪問介護相当サービス）

・当事業所の訪問介護員等は、要支援者本人が自力で家事等を行うことが困難な場合であって、家族や地域による支え合いや他の福祉施策などの代替サービスが利用できない場合について介護予防サービス計画書又は介護予防マネジメントプランに基づき、入浴、排泄や食事等の介助、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活に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。

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

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

利用者負担金は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割の額になります。詳細な利用料金は、別紙のとおりです。

※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。

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. 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、 F A X：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

11. 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。

左右会ヘルパーステーション

第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）利用同意書

左右会ヘルパーステーションの第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）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及び重要事項説明書・別紙1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 () _____

<身元引受人等>（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 () _____

左右会ヘルパーステーション 管理者 殿

【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、本重要事項説明書に基づいて利用者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

左右会ヘルパーステーション

介護予防訪問介護相当サービス 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。

○介護予防訪問介護相当サービス（志布志市・大崎町身体介護）

サービス内容	対象利用者	料金
週に 1 回程度	要支援 1・2	268 単位/回 1,176 単位/月 ※ 1 か月の提供回数が 4 回を超えた場合
週に 2 回程度	要支援 1・2	272 単位/回 2,349 単位/月 ※ 1 か月の提供回数が 4 回を超えた場合
週に 3 回程度	要支援 2	287 単位/回 3,727 単位/月 ※ 1 か月の提供回数が 4 回を超えた場合

※上記金額のひと月合計額に介護職員等処遇改善加算Ⅲ(18.2%)が加算されます。

○介護予防訪問介護相当サービス（大崎町・家事援助）

サービス内容	対象利用者	料金
週に 1 回まで	要支援 1	235 単位/回 介護職員等処遇改善加算Ⅲ 43 単位/回
週に 2 回まで	要支援 2	235 単位/回 介護職員等処遇改善加算Ⅲ 43 単位/回

【その他加算】

※初回加算（月 1 回） 200 円

新規に介護予防訪問介護相当サービスを作成した利用者に対して、初回に実施した介護予防訪問介護相当サービスにサービス提供責任者が同行した場合。（但し、過去 2 カ月に当該指定介護予防訪問介護相当サービス事業所の利用がない場合に限る。）

令和 6 年 6 月 1 日現在