

訪問介護

「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

医療法人社団 明佑会

ホームヘルパーステーション

ぴかりんこ

① 法人情報

名称	医療法人社団 明佑会		
代表者名	理事長 峯 苜 貴明		
所在地	〒866-0061 熊本県八代市渡町 1717 番地		
連絡先	TEL (0965) 62-8721	Mail info@minetoma-hos.jp	
	FAX (0965) 62-8725	URL http://www.minetoma-hos.jp	

② 事業所情報

名称	ホームヘルプステーション ぴかりんこ		
所在地	〒866-0061 熊本県八代市渡町 1717 番地		
連絡先	TEL (0965) 62-8726	Mail pikarinko@minetoma-hos.jp	
	FAX (0965) 62-8732	URL http://www.minetoma-hos.jp	
管理者名	北森 博美		
サービス種類	訪問介護、「第1号訪問事業(介護予防訪問介護相当サービス)」		
サービス提供地域	熊本県八代市 ※サービス提供地域に関して、提供地域外の方はご相談ください。		

③ 営業時間

平日	午前7時00分～午後7時00分
土・日・祝祭日	午前7時00分～午後7時00分
定休日	なし

④ 職員体制

内訳	資格	常勤		非常勤		合計
		専従	非専従	専従	非専従	
管理者	介護福祉士	1名 以上	0名 以上	0名 以上	0名 以上	1名 以上
サービス提供責任者	介護福祉士	1名 以上	0名 以上	0名 以上	0名 以上	1名 以上
訪問介護員	介護福祉士	1名 以上	5名 以上	2名 以上	0名 以上	8名 以上
	介護職員初任者研修修了者又は 訪問介護員養成研修2級修了者	0名 以上	0名 以上	0名 以上	0名 以上	0名 以上

2 当事業所相談・苦情受付窓口

電話番号	(0965)62-8726 ※随時面接対応
名称	ホームヘルプステーションぴかりんこ
解決責任者	介護事業部統括部長
担当者	管理者 / サービス提供責任者
受付時間	午前 8 時 30 分 ~ 午後 4 時 30 分

### 3 当事業所以外の相談・苦情受付窓口

電話番号	(0965) 33-4145
名称	八代市介護保険課
電話番号	(096) 214-1101
名称	熊本県国民健康保険団体連合会

### 4 利用料金

#### ① 利用料金（訪問介護費）

〈身体介護〉

サービス所要時間	基本料金
20 分未満	163 単位
20 分以上 30 分未満	244 単位
30 分以上 1 時間未満	387 単位
1 時間以上 (30 分を増すごとに+83 単位)	567 単位
夜間又は早朝に指定訪問介護を行った場合は 1 回につき所定単位数の 100 分の 25 に相当する単位数を所定単位数に加算致します。	

〈生活援助〉

サービス所要時間	基本料金
20 分以上 45 分未満	179 単位
45 分以上	220 単位
身体介護に引き続き 生活援助を行った場合	所要時間が 20 分から起算して 25 分を増す ごとに+67 単位を加算
夜間又は早朝に指定訪問介護を行った場合は 1 回につき所定単位数の 100 分の 25 に相当する単位数を所定単位数に加算致します。	

#### ② 利用料金（「第 1 号訪問事業(介護予防訪問介護相当サービス)」費）

加算項目	単位
「第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）」 訪問型サービス費（独自）（Ⅰ）要支援1・2	1,172 単位/月 39 単位/日
※週1回程度の「第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）」が必要とされた場合	
「第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）」 訪問型サービス費（独自）（Ⅱ）要支援1・2	2,342 単位/月 77 単位/日
※週2回程度の「第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）」が必要とされた場合	
「第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）」 訪問型サービス費（独自）（Ⅲ）要支援2	3,715 単位/月 122 単位/日
※週2回を超える程度の「第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）」が必要とされた場合	

・サービスの加算料金

加算項目	単位
初回加算	200 単位/月
※新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、サービス提供責任者が、初回若しくは初回訪問の属する月に、自ら訪問介護を行った場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合	
特定事業所加算（Ⅰ）	基本単位数の20%を加算
※サービスの質の高い事業所を積極的に評価する観点から、人材の質の確保やヘルパーの活動環境整備、中重度者への対応などを行っている場合	
緊急時訪問加算	100 単位/回
※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介護支援専門員と連携を図り、介護支援専門員が必要と認めたとときに、サービス提供責任者又はその他の訪問介護員等が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	
事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	所定単位数×90/100/回
※（ア）事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内の建物（養護老人ホーム、経費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。）に居住する利用者を訪問する場合は、当該事業所に居住する人数に関わらず、当該利用者に対する報酬を減算されます。	
※（イ）上記以外の建物（建物の定義は同上）に居住する利用者を訪問する場合は、当該建物に居住する利用者が一定数以上であるものについて、新たに減算されます。	
・当該事業所に居住する利用者に行ったサービスに対してのみ減算をいたします。	
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数の24.5%を加算

※介護職員等処遇改善加算（旧 処遇改善加算）・（旧 特定加算）・（旧 ベースアップ等加算）を各区分の要件及び加算率を組み合わせる形で令和6年6月から介護報酬改定に伴い、介護職員等処遇改善加算（新 加算）への一本化された加算である。当該加算は、区分支給限度額の算定対象からは除外されます。

※上記料金表内の介護保険利用料に関しては1割負担の場合の単位数。

※「事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合」、「特別地域訪問加算」、「中山間地域等における小規模事業所加算」、「中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算」、支給限度額管理の対象外の算定項目

- ※緊急時訪問介護加算の算定時に限り、身体介護の(1)20分未満に引き続き、生活援助を行う事も可能。
- ※介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用については、全額自己負担となります。
- ※利用料は法定代理受領分においては介護報酬告示上の額に、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とし、法定代理受領分以外は介護報酬告示上の10割の支払いを受けるものとします。

### ③利用料金（介護保険適用外サービス）

サービス所要時間	基本料金【交通費込み】	基本料金
30分未満	1,200円	600円
30分以上 ※120分を限度とします	超過の場合は、30分毎に1,200円加算いたします	超過の場合は、30分毎に600円加算いたします
駐車場代・タクシー代・光熱費などのサービス提供上、必要な実費はご利用者様負担となります		

※ 交通費は移動（所要時間）に伴う人件費、ガソリン代、車両管理費など

### ④その他の費用について

※ 上記の他、おむつ代・理美容代等の他、「第1号訪問事業(介護予防訪問介護相当サービス)」・訪問介護の提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であり、そのご利用者様にご負担頂くことが適当と認められる費用においては、別途自己負担になります。

<1ヶ月の利用料> 【訪問介護費用】 + 【加算料金】 + 【保険外費用】 = 【利用料金合計】

### ⑤交通費について

通常の事業の実施地域を越える場合は、下記の交通費をいただきます。

通常の事業の実施地域を越える場合の交通費	片道1km未満	30円
	片道1km以上	40円/1kmあたり

### ⑥キャンセル料について（「第1号訪問事業(介護予防訪問介護相当サービス)」の方を除く）

利用当日に訪問介護員が訪問したにもかかわらず、ご利用者様の体調不良以外の自己都合により急なキャンセルが継続的に発生した場合は、次のキャンセル料を頂きます。尚、体調不良や認知症状の悪化等、緊急やむを得ない場合はご利用者様の心身の状態や環境因子等を十分に考慮し、ご利用者様やご家族様、あるいは担当の居宅介護支援専門員等に相談した上、個別に対応致します。

※以下、例としてご参照下さい。

サービス提供票上利用予定であるが、利用日の前日、午後17時までにキャンセルの連絡があった場合等。	無料
サービス提供票上利用予定であるが、利用日の前日、午後17時までに連絡がない、もしくは利用日の当日までにキャンセルの連絡がなく、サービス提供の為に訪問介護員が訪問した場合等、訪問後の急なキャンセルが継続的に発生した場合。	利用者負担額の100%

### ⑦利用料金等のお支払い方法

①請求方法等	利用料、利用者負担額その他の費用の額は、サービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求致します。上記に係る請求書は、毎月 10 日までに「サービス内容説明書」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料等を利用料明細書により請求いたします。
②支払い方法等	利用者負担額及びその他の費用の支払いは、原則としてご指定金融機関口座からの自動振替とさせていただきます。利用料は、1 カ月単位とし当該月の利用料は、翌月 20 日にご利用者様が指定する口座より振替えますので、20 日までにご準備下さい。入金確認後、領収証を発行致します。

## 5 サービス利用方法

### ①サービス利用開始

「第 1 号訪問事業(介護予防訪問介護相当サービス)」・訪問介護計画作成と同時に契約を結んだ後、サービス提供を開始いたします。

※介護支援専門員に居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員への相談をお願いいたします。

### ②サービス利用終了

#### 1. ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

- ・サービスの終了を希望する日の 1 週間前までにお申し出ください。

#### 2. 当事業所の都合でサービスを終了する場合

- ・やむを得ない事情により、当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了日の 1 ヶ月までに、文書で通知いたします。

#### 3. 自動終了（以下に該当する場合は、通知が無い場合でも自動的にサービスが終了します）

- ・ご利用者様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合※非該当〔自立〕と認定された場合は、条件を変更して再度契約することができます。
- ・ご利用者様が亡くなられた場合

### ③契約解除

- ・当事業所が、正当な理由なくサービスを提供していない場合
- ・守秘義務に反した場合
- ・ご利用者様やご家族等に対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合や、当事業所が破産した場合は、文書で通知することで、ご利用者様は即座に契約を解除することが出来ます。
- ・ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを 3 ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず 10 日以内に支払われない場合や、当事業所や当事業所のサービス従事者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することで当事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります。

### ④ その他

- ・ご利用者様が、病気・怪我などで健康上に問題がある場合や、サービス当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合は、サービスの変更または中止する場合があります。

- ・「第1号訪問事業(介護予防訪問介護相当サービス)」・訪問介護サービスご利用中に体調が悪くなった場合は、サービスを中止する場合があります。その場合は、ご家族様または緊急連絡先に連絡するとともに、必要な措置を適切に行います。
- ・ご利用者様に、他のご利用者様の健康に影響を与える可能性のある疾患(感染症)が明らかになった場合は、速やかに事業所に申告してください。治癒するまで、サービスのご利用はお断りする場合があります。

## 6 緊急時の対応

- ・当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医に連絡を取るなど適切かつ必要な対応を講じます。

備考(主治医・ご家族等への連絡基準等)


## 7 主治医連絡先もしくはその他の緊急連絡先(緊急の場合には下記の連絡先に連絡をとります。)

主治医	医療機関名	
	主治医名	
	電話番号	
緊急連絡先 1	氏名	(続柄: )
	電話番号	
緊急連絡先 2	氏名	(続柄: )
	電話番号	

個人情報及び守秘義務に関する同意書

### 【個人情報保護の趣旨】

当事業所が保有する利用者及びそのご家族に関する個人情報については、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。また、従業員等については退職後も継続いたします。

### 【個人情報利用範囲】

利用者及びそのご家族の個人情報利用については、解決すべき問題や課題など、情報を共有する必要がある場合、および以下の場合に用いらさせていただきます。

- 適切なサービスを円滑に行なうために、連携が必要な場合の情報共有のため
- サービス提供に係る請求業務などの事務手続き
- サービス利用にかかわる管理運営事務（会計、経理、事務報告、サービスの質の向上に関わる業務）のため
- 緊急時等の医師（医療機関）、介護関係機関への連絡、連携のため
- ご家族（キーパーソンなど）及び後見人などへの状況説明及び報告のため
- 当事業所の維持、改善にかかる資料のため
- 当事業所の職員研修などにおける資料のため
- 法令上義務付けられている各関係機関からの依頼があった場合の確認及び照会のため
- 損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供並びに保険会社等への届出、相談等のため
- 特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する
- その他、公益に資する運營業務（基礎資料作成、「医療」「福祉」の発展に資する協力、実習協力など）

※当事業所における「介護サービス提供記録」及び「経過記録」等に関しては、ご利用者本人やそのご家族の求めに応じて開示致します。

### 【肖像権について】

当事業所の「ホームページ」「パンフレット」「事業所内研修」「掲示物」「広報誌」などにおいて、ご利用者及びご家族の映像、写真を使用させていただきたい場合がございます。使用につきまして以下に○をご記入下さい。

同意する                      ・                      同意しない

※当法人が「医療及び福祉の発展」「社会貢献」等として特に認めた場合に限り、「行政機関」「日本医師会」等の撮影協力や依頼に伴い上記について使用させていただく場合もございます。

# 同意書

私は、下記の変更に伴い事業者（乙）よりの説明を受け、この内容に同意いたします。

- 一、「第1号訪問事業(介護予防訪問介護相当サービス)」・訪問介護サービス内容説明書
- 一、「第1号訪問事業(介護予防訪問介護相当サービス)」・訪問介護サービス重要事項説明書
- 一、個人情報及び守秘義務に関する同意書

※ サービス利用「請求書」及び「領収書」の送付先にチェックをお願いいたします。

【その他の送付先】(住所) 〒

(氏名)

○ 利用者（甲）様へお渡しする場合、チェックまたは送付先の記入は不要です

令和 年 月 日

利用者（甲）  住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

利用者家族代表  住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

代理人  住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(ご利用者様本人の判断能力又は身体機能に障害が見られる場合において代筆が必要な場合等選任した場合)

当事業者は、利用者（甲）に対し「サービス内容説明書」「重要事項説明書」「個人情報及び守秘義務に関する同意書」に基づいて、「第1号訪問事業(介護予防訪問介護相当サービス)」・訪問介護サービス等の内容及び重要事項の説明を行ないました。

令和 年 月 日

説明者 職名 管理者  
氏名 北森 博美 (印)

事業者（乙） 所在地 熊本県八代市渡町 1717 番地

事業者（法人）名 医療法人社団 明佑会

事業所名称 ホームヘルパーステーション ぴかりんこ

代表者名 理事長 峯 貴明 (印)