

訪問介護サービス・訪問介護相当サービス・訪問型サービスA

重要事項説明書

訪問介護サービス又は鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業における訪問介護相当サービス及び訪問型サービスAの提供の開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. ご利用の事業所

事業所の名称	ホームヘルパーセンターしおん		
事業所の所在地	鶴岡市馬町字枇杷川原 23 番地		
管理者名	所長 齋藤 えり		
電話番号	0235-26-7627	FAX	0235-26-7656
事業者指定番号	0670700293		

2. 事業所所在施設内であわせて実施する事業

事業の種類	事業者指定		利用定数	
	指定年月日	指定番号		
居宅	訪問介護	平成 12 年 3 月 1 日	0670700293	
	訪問介護相当サービス	平成 29 年 4 月 1 日	0670700293	
	訪問型サービスA (緩和した基準によるサービス)	令和 3 年 8 月 1 日	0670700293	
	特定施設 入居者生活介護	平成 18 年 10 月 1 日	0670701051	
施設	地域密着型 特別養護老人ホーム	令和 3 年 11 月 1 日	0690700422	20 名
介護予防支援事業		平成 24 年 4 月 1 日	0600700058	

3. 職員の職種・人数・勤務体制

職種	勤務体制
管理者	1 名
サービス提供責任者	1 名以上
訪問介護員等	2 名以上

4. 営業日

営業日	365日
-----	------

5. 訪問介護サービス及び訪問介護相当サービスの概要

具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は、居宅介護サービス計画又は介護予防サービス・支援計画がある場合には、それを踏まえた訪問介護計画又は訪問介護相当サービス計画に定められます。

種類	内容
身体介護	入浴介護・・・入浴の介助又は入浴が困難な方は身体を拭く(清拭)等を行います。 排泄介護・・・排泄の介助、おむつ交換を行います。 食事介助・・・食事の介助を行います。 体位交換・・・体位の交換を行います。 通院介助・・・通院の介助を行います。

生活援助	調理・・・ご契約者の食事の用意を行います。(ご家族分の調理は行いません) 洗濯・・・ご契約者の衣類等の洗濯を行います。(ご家族分の洗濯は行いません) 掃除・・・ご契約者の居室の掃除を行います。 (ご契約者の居室以外の居室、庭等敷地の掃除は行いません) 買物・・・ご契約者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。
------	--

6. 利用料金について

(1) 基本利用料

① 身体介護

所要時間	負担割合	料金
20分未満	1割	163円
	2割	326円
	3割	489円
20分以上～30分未満	1割	244円
	2割	488円
	3割	732円
30分以上～1時間未満	1割	387円
	2割	774円
	3割	1,161円
1時間以上～1時間30分未満	1割	567円
	2割	1,134円
	3割	1,701円
1時間30分以上 (所要時間30分増すごとに)	1割	82円
	2割	164円
	3割	246円

② 生活援助

所要時間	負担割合	料金
20分以上～45分未満	1割	179円
	2割	358円
	3割	537円
45分以上	1割	220円
	2割	440円
	3割	660円

③ 身体介護の後に引き続き生活援助を行う場合

生活援助所要時間	負担割合	身体介護の料金に加算される料金
20分以上～45分未満	1割	65円
	2割	130円
	3割	195円
45分以上～70分未満	1割	130円
	2割	260円
	3割	390円
70分以上	1割	195円
	2割	390円
	3割	585円

④訪問介護相当サービス

サービス内容		対象者	利用料		
			1割負担	2割負担	3割負担
身体介護を含む	1週間当たりの標準的な回数を定める場合 (週1回程度)	事業対象者・ 要支援1・2	月額 1,176円	月額 2,352円	月額 3,528円
	1週間当たりの標準的な回数を定める場合 (週2回程度)	事業対象者・ 要支援1・2	月額 2,349円	月額 4,698円	月額 7,047円
	1週間当たりの標準的な回数を定める場合 (週2回を超える程度)	事業対象者・ 要支援2	月額 3,727円	月額 7,454円	月額 11,181円
	1月当たりの回数を定める場合(1回につき) 標準的な内容の指定相当訪問型サービスである場合	事業対象者・ 要支援1・2	1回 287円	1回 574円	1回 861円
生活援助等	45分以上の生活援助	事業対象者・ 要支援1・2	1回 220円	1回 574円	1回 861円

⑤訪問型サービスA(緩和した基準によるサービス)

サービス内容		対象者	利用料		
			1割負担	2割負担	3割負担
生活援助等	45分以上の生活援助	事業対象者・ 要支援1・2	1回 220円	1回 574円	1回 861円

(2) 加算

算定要件を満たす場合に、基本利用料に以下の金額が加算されます。

① 緊急時訪問介護加算

算定単位	負担割合	料金
1回につき	1割	100円
	2割	200円
	3割	300円

※ ご契約者やそのご家族等からの要請を受け、サービス提供責任者が介護支援専門員と連携し、介護支援専門員が必要と認めたときに、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を緊急に行った場合。

② 初回加算

算定単位	負担割合	料金
1月につき	1割	200円
	2割	400円
	3割	600円

※ 新規に訪問介護計画を作成したご契約者に対し、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、自ら訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行した場合。(訪問介護相当サービスを含む)

③ 生活機能向上連携加算

項目	算定単位	負担割合	料金
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	1月につき	1割	100円

		2割	200円
		3割	300円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	1月につき	1割	200円
		2割	400円
		3割	600円

※ 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等の理学療法士等の助言に基づき訪問介護計画を作成し、当該訪問介護計画に基づく訪問介護を行った場合、3ヵ月に1回を限度して算定されます。（訪問介護相当サービスを含む）

生活機能向上連携加算（Ⅱ）：ご契約者に対して、指定訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等が指定訪問リハビリテーション等を行った際にサービス提供責任者が同行し、理学療法士等とご契約者の身体の状態等の評価を共同で行い、かつ生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成し、当該理学療法士等と連携し、訪問介護計画に基づく訪問介護を行った場合、3ヵ月間に限り算定されます。（訪問介護相当サービスを含む）

（Ⅰ）と（Ⅱ）の併算定は不可。

④口腔連携強化加算

項目	算定単位	負担割合	料金
口腔連携強化加算	1月につき	1割	50円
		2割	100円
		3割	150円

※ 当事業所の職員が口腔の健康状態の評価を実施した場合において、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合

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、当該職員からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書で取り決めている場合

⑤認知症専門ケア加算

項目	算定単位	負担割合	料金
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	1日につき	1割	3円
		2割	6円
		3割	9円
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	1日につき	1割	4円
		2割	8円
		3割	12円

※ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）：認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の方が利用者の100分の50以上、かつ、所定の研修修了者を一定数配置する場合

認知症専門ケア加算（Ⅱ）：上記（Ⅰ）の要件を満たし、かつ、所定の研修修了者を配置し職員の指導にあたっている場合

⑥介護職員処遇改善加算

項目	算定単位	料金
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	1月につき	サービス利用料金と算定した加算の合計額の24.5%

※ 当事業所において厚生労働大臣の定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施している場合

⑦夜間若しくは早朝の場合又は深夜の場合（介護予防及び事業対象者の方を除く）

項目	算定単位	料金
----	------	----

夜間（午後 6 時～午後 10 時） 早朝（午前 6 時～午前 8 時）	1 回につき	所定単位数の 25%を加算
深夜（午後 10 時～午前 6 時）	1 回につき	所定単位数の 50%を加算

⑧特定事業所加算

項目	算定単位	料金
特定事業所加算（Ⅱ）	1 月につき	所定単位数の 10%を加算

※ 専門性の高い人材の確保や介護職員の活動環境の整備、質の高いサービス提供体制の構築などを行なっている事業所であること。

⑨中山間地域等における小規模事業所加算

項目	算定単位	料金
中山間地域等小規模事業所加算	1 月につき	所定単位数の 10%を加算

※ 要介護者への 1 月当たりの延べ訪問回数が 200 回以下であること。

(3) その他

・キャンセル料（保険適用外）

項目	算定単位	料金
キャンセル料	1 回につき	500 円

※ 訪問予定日の 2 日前の 16：00 までご連絡いただいた場合、キャンセル料は発生しません。

(注 1) 料金設定の基本時間は、居宅サービス計画及び介護予防サービス・支援計画に定められた時間を基準とします。

(注 2) やむを得ない事情で、かつ利用者の同意を得て 2 人で訪問した場合は、2 人分の料金となります。

(注 3) 上記サービスの利用料金は、実際にサービスに要した時間ではなく、訪問介護計画に基づき決定されたサービス内容を行うために標準的に必要となる時間に基づいた介護給付費体系により計算されます。

7. 通常の事業の実施地域

実施地域	旧鶴岡市の地域
------	---------

※ 通常の事業実施地域を越えて行う指定訪問介護に要する交通費は実費となり、料金は通常の事業実施地域外からの走行キロメートル数×単価円を徴収します。但し、単価については思恩会旅費規程に準ずるものとします。

8. 料金支払いの方法

毎月 15 日までに前月分の請求を致しますのでお支払い下さい。お支払いいただきますと領収書を発行致します。お支払方法は、原則として口座振替をお願い致しておりますがご相談に応じます。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に容体の変化等あった場合は、事前の打合せに従い、主治医、ご家族、居宅介護支

援専門員等へ連絡致します。

主治医	(住 所) (医療機関名) (氏 名)	(TEL)	—	—
ご家族	(住 所) (氏 名)	(TEL)	—	—
	(勤 務 先 名)	(TEL)	—	—

10. 虐待防止のための措置

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、必要な措置を講じるとともに虐待が発生した場合には、市の窓口迅速かつ適切に通報し、市等が行う虐待に対する調査等に協力するように努めます。

11. 身体的拘束等の適正化

事業所は、利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、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します。

12. サービスの内容に関する苦情

当事業所のサービス提供に関する相談・苦情については、次のところで承ります。

苦情申立先	苦情解決責任者	所長 齋藤えり
	苦情受付担当者	ホームヘルパー 後藤千代子
	電話番号	0235-26-7627
	ご利用時間	8:30~18:00

※ その他、事業者以外に、苦情解決第三者委員（事業所内に氏名、住所を掲示してあります）に苦情を伝えることができます。

・行政機関その他苦情受付機関

鶴岡市長寿介護課	所在地：鶴岡市馬場町9-25 電話番号 0235-25-2111 FAX 0235-29-5658
山形県庄内総合支庁地域保健福祉課	所在地：東田川郡三川町大字横山字袖東19-1 電話番号 0235-66-2111 FAX 0235-66-4053
山形県国民健康保険団体連合会	所在地：寒河江市大字寒河江字久保6番地 電話番号 0237-87-8006 FAX 0237-83-3354
山形県福祉サービス運営適正化委員会	所在地：山形市小白川町2丁目3-31 電話番号 023-626-1755 FAX 023-626-1623

13. 第三者評価の実施状況

・(実施の有無) 無

14. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了承ください。

- ① 医療行為及び医療補助行為
- ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
- ③ 他の家族の方に対する食事の準備 など

(2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

(3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡ください。

私は、本書面により、事業者から上記の重要事項についての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

(利用者) 住 所

氏 名

印

(代理人) 住 所

氏 名

印

続 柄