

亀寿の郷指定訪問介護事業所 重要事項説明書

1 事業所の概要

サービス

事業所名	社会福祉法人 葉月会 亀寿の郷 指定訪問介護事業所	
所在地 及び電話番号	藤枝市岡部町内谷1334-4 054-667-5526	
提供可能サービス及び 介護保険事業所番号	訪問介護	2275200026 号
管理者	サービス種類	氏 名
	訪問介護	牧田 展治
サービス提供地域	訪問介護	藤枝市（但し、野田沢・青羽根・玉取を除く） 焼津市

2 職員の職種、員数及び職務の内容

職 種	人 員
管 理 者	1名（兼務）
サービス提供責任者	2名(常勤換算1.5人以上)
訪問介護員等	3名以上
事務職員	1名（兼務）

2024年4月1日現在

(1)管理者

管理者は、事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業に関する法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。

(2)サービス提供責任者

サービス提供責任者は、次に掲げる事項を行う。

ア 訪問介護計画の作成・変更等を行い、利用の申込みに係る調整をすること。

イ 利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握し、サービス担当者会議への出席、利用者に関する情報の共有等居宅介護支援事業者等との連携に関すること。

ウ 訪問介護員に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達し、業務の実施状況を把握すること。

エ 訪問介護員の能力や希望を踏まえた業務管理、研修、技術指導その他サービス内容の管理について必要な業務等を実施すること。

オ 居宅介護支援事業者等に対し、指定訪問介護の提供に当たり把握した利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身の状態及び生活の状況に係る必要な情報の提供を行うこと。

(3)訪問介護員等

訪問介護員等は、訪問介護の提供に当たる。

(4)事務職員

事務職員は、事業の実施に当たって必要な事務を行う。

3 サービスの提供時間

通常時間帯 年末年始（12月29日～1月3日）を除く毎日。

8：00～18：00

（但し、特別の場合対応する）

4 サービスの内容

- (1)「訪問介護サービス」は、事業者が管理運営する施設から、在宅で介護している家庭を訪問し、身体介護・生活援助等のサービスを提供します。
- (2)サービスの提供にあたっては、個別の「訪問介護計画書」に沿って計画的に提供します。
- (3)当事業者が利用者に提供するサービスは以下のとおりです。

身体介護	①食事介助、 ②排泄介助、 ③整容介助、 ④衣服着脱、 ⑤清拭、 ⑥体位変換、 ⑦服薬管理、 ⑧入浴介助、 ⑨起床介助、 ⑩就寝介助、 ⑪自立生活支援のための見守りの援助、 ⑫その他
生活援助	①調理、 ②洗濯、 ③掃除、 ④買物、 ⑤薬受取、 ⑥衣類入替、 ⑦その他

- (4)指定訪問介護事業者は、居宅サービス計画の作成または変更に関し、指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員又は居宅要介護被保険者に対して、利用者に必要のないサービスを位置づけるよう求めることその他の不当な働きかけを行ってはならない。
- (5)自然災害時のサービス提供について、大雨、強風、台風、積雪、地震などの自然災害の発生等により、訪問時の人員及び車両の安全を確保することが難しいときはサービスの提供を中止する場合があります。

5 利用料金

当事業者が訪問介護の提供に際し、利用者が負担する利用料金は、原則として利用者の負担割合に応じた額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスは全額自己負担となります。

(身体介護) 特定事業所加算(Ⅱ) 適用事業所 (1回につき)

通常時間帯	単位	利用料 (円)	利用者 負担額 【1割】	利用者 負担額 【2割】	利用者 負担額 【3割】
20分未満	179	1,827	182	365	548
20分以上 30分未満	268	2,736	273	547	820
30分以上 1時間未満	426	4,349	434	869	1,304
1時間以上 1時間30分未満	624	6,371	637	1,274	1,911

(生活援助) 特定事業所加算(Ⅱ) 適用事業所 (1回につき)

通常時間帯	単位	利用料 (円)	利用者 負担額 【1割】	利用者 負担額 【2割】	利用者 負担額 【3割】
20分以上 45分未満	197	2,011	201	402	603
45分以上	242	2,470	247	494	741

(その他の加算) (1回につき)

加算名称	単位	利用料 (円)	利用者 負担額 【1割】	利用者 負担額 【2割】	利用者 負担額 【3割】
緊急時訪問介護加算	100	1,021	102	204	306

(1月につき)

加算名称	単位	利用料 (円)	利用者 負担額 【1割】	利用者 負担額 【2割】	利用者 負担額 【3割】
訪問介護初回加算	200	2,042	204	408	612

(1回につき)

加算名称	加算割合
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の5%を加算

(1月につき)

加算名称	加算割合
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の24.5%

所定単位数・・・基本サービス費に各種加算・減算を加えた総単位数

身体介護に引き続き生活援助がある時は、20分から起算して25分ごとに72単位加算となり、70分以上が限度となります(特手事業所加算Ⅱ算定)。

基本料金に対して、早朝(午前6時～8時)、夜間(午後6時～10時)は、25%加算、深夜(午後10時～午前6時)は、50%加算となります。

※上記料金は、1回あたりの目安を表示したものです。1ヶ月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理の関係で、差異が生じる場合があります。

※特定事業所加算(Ⅱ)10%が含まれた金額となります。

※中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算は、藤枝市の野田沢・青羽根・玉取地域の利用者さまが対象となります。

※藤枝市では地域区分が「7級地」であるため、単位数に10.21円を乗じた額となります。

キャンセル料

利用予定日の前にサービス利用の中止又は変更をすることができます。

この場合には、利用予定日の前営業日 17 時 30 分までに事業所に申し出てください。利用日の前営業日 17 時 30 分までに連絡がなく、サービス提供をキャンセルした場合は、以下の通りキャンセル料をいただきます。ただし、利用者様の体調や容態の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料はいただきません。

キャンセルの時期	キャンセル料
ご利用日の前営業日 17 時 30 分までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の前営業日 17 時 30 分までにご連絡がなかった場合	キャンセル料 1,000 円

6 利用者負担金

利用者負担金は、毎月 27 日(金融機関が休業日の場合は翌営業日)に、ご指定の金融機関の口座から振替させていただきます。

7 緊急時の対応

訪問介護サービスの提供中に利用者の容体に変化等があった場合は、速やかに利用者の主治医等に連絡します。

8 相談窓口・苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

○相談員：川村敦子・大石哲之

電話番号：054-667-5000 FAX番号：054-667-4885

※下表の機関にも苦情を申し立てることができます。

連絡先	所在地	電話番号
静岡県福祉サービス運営適正化委員会	静岡市葵区駿府町 1-70	054-254-5248
静岡県国民健康保険団体連合会苦情受付窓口	静岡市葵区春日 2 丁目 4-34	054-253-5590
藤枝市健康福祉部地域包括ケア推進課	藤枝市岡出山 1 丁目 11-1	054-643-3225
焼津市健康福祉部介護保険課	焼津市本町 5 丁目 6-1	054-626-1159
静岡市保健福祉長寿局健康福祉部介護保険課	静岡市葵区追手町 5 番 1 号	054-221-1088
遠藤 宣之 (第三者委員)		054-668-0753
仲野 みつ代 (第三者委員)		054-628-3018

9 その他

(1)非常災害対策

非常災害に備え、具体的な計画を策定し、地域住民にもご参加いただき日頃より避難救助訓練、研修を行っていきます。

(2)虐待防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者の設置等必要な措置を講じます。

(3)感染症の予防、発生時の対応

感染症が発生、まん延しないよう委員会の開催、指針を整備、研修および訓練の実施等、必要な措置を講じます。

(4)ハラスメント対策

当事業所は雇用分野における男女の均等な機会及び待遇の確保、男女雇用機会均等法等におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策に取り組みます。

(5)業務継続計画

業務継続計画（BCP）の策定、感染症や非常災害の発生時において、業務を継続的に実施、再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練を定期的開催するなどの措置を講じます。

(6)利用者代理人

利用者は、代理人を選定して契約を締結させることができ、また契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

10 説明の確認欄

令和 年 月 日

サービスの契約にあたり本書面において重要事項の説明をおこないました。

(事業所) 藤枝市岡部町内谷1334-4
社会福祉法人 葉月会
亀寿の郷 指定訪問介護事業所
サービス提供責任者 大畑 小樹子
サービス提供責任者 白井 のぞみ
説明者

サービス契約にあたり本書面において重要事項の説明を受け、同意しました。

(利用者さま)

(住 所)

(氏 名)

(代理人さま)

(住 所)

(氏 名)

緊急時の対応確認書

訪問介護のサービス提供中に体調が急変した場合は、速やかに主治医等に連絡します。

主治医	氏名			
	連絡先		電話	
緊急連絡先①	氏名			
	連絡先		電話	
緊急連絡先②	氏名			
	連絡先		電話	

令和 年 月 日

利用者さま氏名 _____

利用者とのご関係 ()

確認者氏名 _____