

【訪問介護重要事項説明書】

令和 8 年 4 月 1 日 現在

1. 管理者 中野 侑亮
2. 電話 0985-74-7070 (午前7時 ~ 午後6時)
※緊急時・御相談等の場合は上記の時間外でもご連絡ください。

3. 訪問介護はくじゅの概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	訪問介護 はくじゅ
所在地	宮崎県宮崎市
介護保険指定番号	訪問介護 4570108672
サービスを提供する地域	宮崎市にお住まいの方

(2) 営業時間及びサービス提供時間

月曜日 ~ 日曜日

営業時間	午前7時 ~ 午後18時
サービス提供時間	24時間

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	介護福祉士	1名		1名
サービス提供責任者	介護福祉士	1名		1名
サービス従業者	看護師	2名		8名
	介護福祉士	2名	2名	
	介護職員初任者研修	4名		

(4) サービス提供の時間帯

	早朝 6:00 ~ 8:00	通常時間帯 8:00 ~ 18:00	夜間 18:00 ~ 22:00
月 ~ 土	○	○	○
日・祝祭日	○	○	○

※時間帯により料金が異なります

4. サービス内容

◎身体介護

サービス種別	内 容
入浴	御利用者の身体状況に応じ、一般浴槽にて入浴サービスを提供させていただきます。
食事	御利用者の身体状況に応じて適切な食事介助・見守りを行うとともに、食事摂取の自立についても適切な援助を行います。
排泄	御利用者の身体状況に応じて適切な排泄介助・見守りを行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
着替え・整容	① 御利用者の身体状況に応じて、入浴の際等の着替え、適時の髭そり・爪切り等の整容を行います。 ② 御利用者の身体状況に応じて、外出時等の準備等を行います。
生活リハビリ	生活リハビリの観点から、御自身でできる事は行っていただき身体機能の低下を防止するよう努めます。御利用者の身体状況に応じて介助が必要な時は適切な援助・介助を行っていきます。
緊急時の対応	<p>利用者が事故、病気などで医療判断が必要と考えられるケースについてはホーム夜間待機看護師及び協力医療機関に連絡して指示を仰ぐこと。 (別紙：利用者の状況把握)を参照</p> <p>意識レベルに混濁がなく、生命の危険性が差し迫っていないと判断できる場合であっても、看護処置あるいは医療上の判断が必要な場合は、看護師への連絡を怠ってはならない。</p> <p>連絡が必要か不要か判断に迷う場合は、連絡して指示を仰ぐことを優先する。</p> <p>※別紙：急変時の対応 の状態の場合は必ずホーム待機看護師または、協力医療機関に連絡の事</p> <p>1. オンコール時の対応として</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夜勤者は入居者が状態不良の時は血圧聴取できないことがあるため、血圧測定2～3回程行い聴取不可の時は、その旨待機看護師に伝える。 ・連絡を受けた夜間待機看護師は利用者の状況により、自宅から出勤し対応にあたるとともに、施設長に状況・状態の説明を行う。 ・連絡を受けた夜間待機看護師又は夜勤者は入居者の症状を的確に判断し、協力医療機関（川名クリニック）に詳しく状況・状態の報告を行う。 <p>報告内容：怪我の状態・顔色・意識状態・呼吸状態・バイタル（熱・血圧・SPO2）</p>

	<p>※協力医療機関で対応出来ない場合、または協力医療機関の専門診療外にて診察、治療が出来ない場合は主治医の指示に従い、速やかに救急車出動要請を行う。</p> <p>2. 救急車の手配及び指示が発生した場合は下記に従う 夜勤者または協力医療機関 → 救急車出動要請を行う。(別紙)</p> <p>3. ホーム夜間待機看護師又は夜勤者より家族に連絡を行う ※家族が、遠方等で病院に来られない場合もある。家族が来られるかどうかを、ホーム待機看護師に伝える。</p> <p>4. 夜勤者は(別紙): ホーム緊急時連絡網 にて各自に連絡を行う 夜間帯の緊急時対応とオンコール体制</p> <p>5. 緊急搬送の場合、ホーム夜間待機看護師または夜勤者は施設長に救急搬送までの経過を説明。</p> <p>利用者の急変時及び事故(転倒・転落)の場合は必ず下記職員と関係機関には連絡の事</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 看護師 (新町) 2. 施設長 (中野) 3. サービス提供責任者 (黒木) 事故発生後に必ず連絡を行う 4. 訪問看護 担当の訪問看護事業所へ連絡を行う 5. 川名クリニック 主治医又は看護師 6. 利用者家族 7. 担当ケアマネージャー (日勤帯に連絡する事) <p>■ホームから救急車を要請し、救急車が来るまでの間の対応手順</p> <ul style="list-style-type: none"> ・バイタルサイン測定(検温・血圧・脈拍・SPO2の測定、意識状態の確認等) ・全身状態の観察(外傷・出血の有無等) <p>■救急車が来るまでの準備</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者の救急情報カード及び保険証を持参する。 2. できるだけ、事故状況の様子を記録しておく。(バイタル等) ⇒救急隊員への状況説明のため <p>■救急隊員到着まで経過(状態)を観察し、到着後報告、看護師は救急車で同行する</p> <p>■搬送先病院到着後</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者 個人記録コピーを、病院のスタッフに渡す。 ・搬送までの経過を、病院のスタッフに説明する。
介護相談	御利用者及び御家族からのいかなる相談についても、誠意をもってこれに応じ、可能な限り必要な援助・助言を行うよう努めます。

その他	必要に応じたサービスの提供
-----	---------------

5. 利用料金

(1) 訪問介護利用料(1割負担の場合)

【身体介護】

	午前・午後 (8:00~18:00)	
	1回の料金あたりの料金	介護保険適用時の 1回当たりの自己負担額
20分以上 30分未満	2440円	244円
30分以上 1時間未満	3870円	387円
10分以上 20分未満	1630円	163円

【生活援助】

	1回の料金あたりの料金	介護保険適用時の 1回当たりの自己負担額
20分以上 45分未満	1790円	179円
45分以上	2200円	220円

【2人の訪問介護などによる場合】

所定料金の200%増しで算定させていただきます

【夜間若しくは早朝の場合又は深夜の場合】

- 深夜 22:00 ~ 06:00 基本料金に対し50%増しで算定
- 早朝 06:00 ~ 08:00 基本料金に対し25%増しで算定
- 夜間 18:00 ~ 22:00 基本料金に対し25%増しで算定

【同一敷地内の建物について】

当事業所は、有料老人ホームと訪問介護事業所が同一となっているため、上記金額の10%減算した料金となります。

また、正当な理由なく事業所において前6月間に提供した訪問介護サービスの提供総数のうち、事業所と同一敷地内に所在する建物に居住するものの提供されたものの占める割合が100分の90以上である場合は、上記金額の12%減算した料金となります。

【介護保険負担割合】

平成 27 年 8 月より、所得に応じて介護保険負担割合が 1 割の方 2 割の方と分かれていますが、「介護保険負担割合証」の確認をお願い致します。有効期間は 1 年間となっておりますので、「介護保険負担割合証」の有効期間終了時の郵便物にはお気をつけください。

(2) 加算

【特定事業所加算】

介護福祉士等の人材を確保し、質の高いサービスを提供する。

- ・ 特定事業所加算Ⅱ → 所定単位数の 10%を加算

【介護職員等処遇改善加算】

介護職員処遇改善加算については、介護職員の処遇改善が後退しないよう現行の加算の仕組みは維持しつつ、更なる資質向上の取り組み、雇用管理の改善、労働環境の改善の取り組みを進める事業所を対象とし、更なる上乘せ評価を行う。

- ・ 処遇改善加算Ⅲ → 所定単位数の 20.5%を加算

(3) 交通費

宮崎市内にお住まいの方は無料です。それ以外の地域にお住まいの方は交通費の実費が必要です。支払いを受ける場合には、御利用者・御家族に対して事前に文書で説明したうえで、支払いに同意する旨の文書に署名・捺印をいただきます。

(4) キャンセル料

御利用者のご都合により急なキャンセルの場合（サービスを中止する場合）は、次のキャンセル料をいただきます。

連絡先 電話 0985 - 74 - 7070

御利用日の前営業日 17 時までに御連絡をいただいた場合	無料
御利用日の当日にご連絡をいただいた場合	介護保険にて定める料金の 50%

(5) その他

- ① 定期受診・病受診介助などで交通機関を利用した場合、サービス従業者の交通費は御利用者の負担となります。

(6) 支払い方法

毎月、10 日までに前月分の請求書を手渡しもしくは郵送させていただきます。20 日までにお支払いください。

お支払方法は、口座振替でお願いいたします。

6. サービスの利用

(1) サービスの利用曜日・提供時間

曜日	時間帯	内容	介護保険適用
	～		
	～		
	～		

(2) サービス利用開始

電話で申し込みください。職員がお伺いいたします。訪問介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。※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と御相談下さい。

(3) サービス終了

① 御利用者のご都合で、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週間前までに文書でお申し込みください。

② 事業所の都合でサービスを修了する場合

人員不足などやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヵ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合には双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・御利用者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御利用者の要介護度認定区分が、非該当と認定された場合
- ・御利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、御利用者・御家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・御利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず1ヶ月以内に支払わない場合、御利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、御利用者が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用出来ない状態であることが明らかになった場合、又は御利用者・御家族などが当事業所や当事業所のサービス従業員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により即座に契約を終了させていただく場合があります。

7. 当事業所の特徴等

運営の方針

1. 御利用される方の心身の特性を踏まえ、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、その他の日常生活全般にわたる援助及び生活リハビリを行い、御利用者の社会的孤立感の解消及び、心身機能の維持並びに御家族の身体的及び精神的負担の軽減を図る。
2. 心身の状況やその環境に応じて、利用される方の意向を尊重し、適切なサービスが効率的に提供されるよう配慮して行うとともに、宮崎市、居宅介護支援事業者及び、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

事 項	有無	備 考
従業員の変更の可否	有	変更を希望される方はお申し出ください
男性従業員の有無	有	希望される方はお申し出ください
従業員への研修の実施	有	採用時の研修 定期的内外研修
サービスマニュアルの作成	有	

8. 内容に関する相談・苦情窓口

- ・当事業所 訪問介護はくじゅ

[サービス提供責任者] 黒木幹也

【受付時間】毎週月曜日～日曜日 7：00～18：00

電話 0985-74-7070 FAX 0985-50-0511 サービス

【苦情・相談等の処理体制・手順】

- ・処理体制 窓口の体制

(1) 7：00から18：00までは、事務所内に設置し、事業所のサービス提供責任者 及び従業員等（以下「責任者等」という。）の職員が苦情相談等の対応にあたる。

- ・対応方法

(1) 窓口に責任者がいる場合は、直接対応する。

① サービスへの苦情・相談等については、内容をよく聞き、利用者の満足に対応する。 サービスを提供する従業員個人の資質に係わるものについては、責任者が該当従業員を指導する。

② 他の居宅サービス事業者が提供するサービスに関する苦情・相談等については、内容をよく聞き、必要に応じて居宅介護事業者及び当該サービス事業者へ連絡し、事実を確認の上、事業者との協同により利用者の満足に対応する。

(2) 窓口 to 責任者等がない場合は他の職員にて対応する。

① 苦情・相談等の内容がその場で解決できる事については、他の職員が親切丁寧に対応を行う。

② 苦情・相談の内容が、責任者等でなければ対応できないものである時は、受け付けた職員から責任者等に連絡し、速やかに必要に応じた対応を行い、利用者の満足に対応する。なお、責任者等は携帯電話等にて連絡が取れる体制をとる事とする。

・ 対応手順

(1) 苦情処理台帳を置き、受付順に記載する。

(2) 苦情についての事実確認を行う。

(3) 苦情の処理方法を記載し、管理者に決裁を受ける。

(4) 処遇、処理については、関係者と調整連絡を行う。

(5) 苦情処理の改善について、利用者 to 確認を行う。

(6) 苦情処理は、できるだけ短期間 to 行う。

(7) 苦情処理についての結果等を台帳に記載し、再発防止 to 役立てる。

(3) 行政機関その他苦情受付機関

・ 宮崎市介護保険課 電話番号：0985-21-1777

・ 宮崎県国民健康保険団体連合会 電話番号：0985-25-4901

提供するサービスの第三者評価の実施の有無：無

9. 緊急時における対処方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、速やかに御家族・主治医・関係機関へ連絡をいたします。

主治医	病院名	
	主治医名	
	電話番号	
御家族 (緊急連絡 先)	氏名	続柄
	住所	
	電話番号	携帯

また、当事業所は下記の病院と提携しています。

川名クリニック

〒 880-0925 宮崎市大字本郷北方高山 2520-43

TEL (0985) 50 - 3000

医療法人社団 誠友会 南部病院

〒 880-0916 宮崎市大字恒久 891-14

TEL (0985) 54-5353

FAX (0985) 51-5489

10. 事故発生時の対応

御利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

1 1. 担当のサービス提供責任者

_____様を担当するサービス提供責任者は_____黒木 幹也_____
ですが、やむを得ない事情で変更する場合は事前に連絡いたします。

1 2. 当社の概要

名称	株式会社 オファサポート
代表者役職・氏名	代表取締役 服部 幸雄
所在地・電話番号	宮崎市大字島之内 3535-2 TEL 0985-71-0006

定款の目的に定めた事業 訪問介護

他施設等

通所介護	2 か所
介護予防通所介護	2 か所
住宅型有料老人ホーム	1 ヶ所
多機能型障がい児通所支援事業所	4 か所

令和 年 月 日

訪問介護の提供開始にあたり、御利用者・家族に対して契約書及び重要事項説明書に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 株式会社オフアサポート

所在地 〒880-0121

宮崎市大字島之内 3535-2

氏名 代表取締役 服部 幸雄

説明者 所属・役職

管理者

氏名 中野 侑亮 印

私は、契約書および重要事項説明書に基づいて訪問介護の内容及び重要事項の説明を承諾しました。

利用者 住所 _____
電話番号 () - _____
氏名 _____ 印

代理人 住所 _____
電話番号 () - _____
氏名 _____ 続柄 () 印
メールアドレス _____