

指定訪問介護及び指定介護予防型訪問サービス・ 指定生活支援型訪問サービス重要事項説明書

指定訪問介護及び指定介護予防型訪問サービス並びに指定生活支援型訪問サービス（以下、「指定訪問介護等」という。）の提供に当たり、事業所の概要や提供するサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人康整会
主たる事務所の所在地	〒814-0165 福岡市早良区次郎丸5丁目7番9号
代表者（職名・氏名）	理事長 黒田 大輔
設 立 年 月 日	平成11年 11月 11日
電 話 番 号	092-872-1024

2. 事業所の概要

事業所の名称	ヘルパーステーション ツーハーツ		
事業所の所在地	〒814-0165 福岡市早良区次郎丸5丁目18番30号		
電 話 番 号	092-866-8070		
F A X 番 号	092-866-8071		
事業所番号	訪問介護 4071404695 （生活支援型 40A1400449）		
指 定 年 月 日	令和3年5月1日指定		
通常の事業の実施地域	福岡市早良区、福岡市城南区、福岡市西区		
併 設 事 業 所	ツーハーツケアプランサービス、有料老人ホームツーハーツⅠ 有料老人ホーム ツーハーツⅢ、グループホームツーハーツ デイサービスセンターツーハーツ		
第三者評価の実施の有無	有 ・ ☒ 無	実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称		評価結果の開示状況	有 ・ ☒ 無

3. 運営の方針

- 指定訪問介護等の提供に当たっては、事業所の従業者は、要介護者又は要支援者の心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、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、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行います。
- 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

1 身体介護

- ① 排泄・食事介助
- ② 清拭・入浴、身体整容
- ③ 体位変換、移動・移乗介助、外出介助
- ④ 起床及び就寝介助
- ⑤ 服薬介助
- ⑥ 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助

2 生活援助

- ① 掃除
- ② 洗濯
- ③ ベッドメイク
- ④ 衣類の整理・被服の補修
- ⑤ 一般的な調理、配下膳
- ⑥ 買い物・薬の受け取り

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで（相談・受付） ただし、国民の祝日、年末年始（12月31日から1月3日）を除く 訪問介護サービスの提供は年中対応します。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで（相談・受付） ただし、利用者の希望に応じて上記時間外でも24時間訪問介護 サービスの提供可能な体制とします。

6. 事業所の従業員の体制

（令和6年8月1日現在）

職種	常勤		非常勤	
	専従	兼務	専従	兼務
管理者	人	1人		
サービス提供責任者	1人	1人	1人	人
訪問介護員	人	13人	1人	2人

7. 利用料等

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料に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です。

ただし、支払方法が償還払いとなる場合には、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口に提出し、後日払い戻しを受けてください。

(1) 訪問介護の利用料

【基本部分：訪問介護費】

区分	所要時間	訪問介護費（1回あたり）				
		単位数 ※（注4）参照	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金 （自己負担1割の場合） ※（注2）参照	利用者負担金 （自己負担2割の場合） ※（注2）参照	利用者負担金 （自己負担3割の場合） ※（注2）参照
身体介護	20分未満	163	1744円	174円	349円	523円
	20分以上30分未満	244	2611円	261円	522円	783円
	30分以上1時間未満	387	4141円	414円	828円	1242円
	1時間以上 （30分を増すごとに加算）	567 （+82）	6067円 （+877円）	607円 （+88円）	1213円 （+176円）	1820円 （+264円）
生活援助	20分以上45分未満	179	1915円	192円	384円	576円
	45分以上70分未満	220	2354円	235円	470円	705円
	20分以上の身体介護に引き 続き生活援助を行った場合 （所要時間20分から起算して 25分を増すごとに加算し、 195単位を限度）	65	696円	70円	139円	209円

（令和6年6月1日現在）

訪問型サービス（独自）サービスコード・単位数

サービスコード		略称	内容		単位数	算定単位
A2	1111	訪問型独自サービス1 1	週に1回程度 の場合		1,176単位	1月につき
A2	2111	訪問型独自サービス1 1日割		日割の場合 ÷ 30.4日	39単位	1日につき
A2	1211	訪問型独自サービス1 2	週に2回程度 の場合		2349単位	1月につき
A2	2211	訪問型独自サービス1 2日割		日割の場合 ÷ 30.4日	77単位	1日につき
A2	1321	訪問型独自サービス1 3	週に3回程度 の場合		3727単位	1月につき
A2	2321	訪問型独自サービス1 3日割		日割の場合 ÷ 30.4日	123単位	1日につき

(注1) 上記の基本利用料及び加算等は、厚生労働大臣又は福岡市が定める金額（事業所の所在地が5級地のため、単位数に **10.70** を乗じた額）であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料等を書面でお知らせします。

(注2) 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

(注3) 上記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

【加算・減算】

要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算又は減算されます。

加算等の種類	加算・減算額（１回あたり）				
	単位数	基本利用料 ※（注１）参 照	利用者負担金 （自己負担１割の場合） ※（注２）参照	利用者負担金 （自己負担２割の場合） ※（注２）参照	利用者負担金 （自己負担３割の場合） ※（注２）参照
早朝・夜間	所定単位数の２５％		左記額の１割	左記額の２割	左記額の３割
深夜の訪問	所定単位数の５０％				
特定事業所加算Ⅱ	総単位数の１０％		左記額の１割	左記額の２割	左記額の３割
事業所と同一敷地内建物 等の利用者、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	同一敷地内建物等の利 用者・同一建物の利用 者20人以上の場合 所定単位数の９０％		左記額の１割	左記額の２割	左記額の３割
	同一敷地内建物等の利 用者50人以上の場合 所定単位数の８５％		左記額の１割	左記額の２割	左記額の３割
緊急時訪問介護加算	１００	１，０７０円	１０７円	２１４円	３２１円
初回加算	２００	２，１４０円	２１４円	４２８円	６４２円
訪問介護処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の22.4％		左記額の１割	左記額の2割	左記額の3割

(令和6年6月1日現在)

(注1) 上記の基本利用料及び加算等は、厚生労働大臣又は福岡市が定める金額（事業所の所在地が5級地のため、単位数に 10.70 を乗じた額）であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料等を書面でお知らせします。

(注2) 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

(注3) 上記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

(注4) R6年度介護報酬改定により R6.6月より「訪問介護処遇改善加算Ⅰ 13.7%」と「訪問介護特定処遇改善加算Ⅱ 4.2%」と「訪問介護ベースアップ等支援加算 2.4%」が一本化され【介護職員等処遇改善加算Ⅱ 22.4%】になります。

(2) その他の費用

交通費	通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定訪問介護を行う場合に係る費用として、通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道1キロメートルにつき200円をいただきます。
-----	---

(3) 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、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の体調や容体の急変など、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時までに ご連絡がなかった場合	利用者負担金の100%の額

(4) 支払い方法

毎月、15日頃までに前月分の利用料の請求をいたしますので、25日までにお支払ください。お支払方法は、銀行の指定口座からの引き落とし、銀行振込み、現金払いの中からご契約の際に選択できます。

8. サービスの利用に当たっての留意事項

- ・サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐにお申し出ください。
- ・サービス提供に当たって、訪問介護員等には次のことをお受けすることはできませんので、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 利用者の家族に対するサービス提供
 - ③ 利用者及びその家族からの金銭又は物品の授受

9. 秘密保持及び個人情報の保護

- ・事業者及びその従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。
- ・事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。
- ・事業所は、利用者の個人情報については利用者から、その家族の個人情報についてはその家族から予め文書で同意を得ない限り、利用者の居宅サービス計画等の立案のためのサービス担当者会議、居宅サービス事業者等との連絡調整等において、利用者又はその家族の個人情報を用いません。

10. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	()

11. 事故発生時の対応

指定訪問介護等の提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定訪問介護等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

12. 苦情相談窓口

サービス提供に関する苦情や相談は、下記の窓口でお受けします。

(1) 事業所の窓口

事業所相談窓口	電話番号 092-866-8070 受付時間 月曜日から土曜日 8時30分から17時30分 担当者名 大串 友子
---------	--

(2) その他苦情申立の窓口

苦情受付機関	早良区保健福祉センター 介護保険課	電話 092-833-4355
	城南区保健福祉センター 介護保険課	電話 092-833-4105
	西区保健福祉センター 介護保険課	電話 092-895-7066
	福岡県国民健康保険団体連合会	電話 092-642-7859

13. サービスの終了

次の場合にサービスは終了となります。

(1) 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7日前までに文書でお申し出下さい。

ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間が7日以内の通知でもこの契約を解約することができます。

(2) 事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等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あります。その場合は、1ヶ月前までに文書で通知します。

(3) 自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設へ入院又は入所した場合
- ・利用者の要介護状態区分が非該当（自立）となった場合
- ・利用者が死亡した場合

(4) その他

①次の場合は、利用者は文書で解約を通知することにより、直ちにサービスを終了することができます。

- ・事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・事業者が、守秘義務に反した場合
- ・事業者が、利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・事業者が、破産した場合

②その他、利用者は契約更新を希望しない場合、利用料等の変更に対して同意することができない場合には契約を解約することができます。

③次の場合は、事業者は文書で解約を通知することによって直ちにサービスを終了させていただく場合があります。

- ・利用者の利用料等の支払いが3ヶ月以上遅延し、利用料等を支払うよう催告したにも拘らず、別途定めた期限内に支払われなかった場合
- ・利用者又はその家族が事業者や従業者又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

令和 年 月 日

事業者は、利用者へ指定訪問介護等の提供開始に当たり、「重要事項説明書」等に基づき、サービス利用に関する重要事項について説明しました。

事 業 者 所 在 地 福岡市早良区次郎丸5丁目7番9号

名 称 医療法人康整会

理事長 黒田 大輔 印

説 明 者 所 在 地 福岡市早良区次郎丸5丁目18番30号

事業所名 ヘルパーステーション ツーハーツ

職・氏名 管理者 大串 友子 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利 用 者 住 所

氏 名 印

代 理 人

住 所

氏 名 印

利用者との続柄 ()