

「指定居宅サービス」

重要事項説明書

有限会社 ワンカラ

指定訪問介護事業所

ヒロ・ケアサポート

居宅サービス重要事項説明書

(訪問介護)

1. 事業所の概要

事業者名	有限会社 ワンカラ	
所在地	高知県宿毛市片島5番20号	
サービス事業所名称	指定訪問介護事業所 ヒロ・ケアサポート	
事業者指定番号	高知県 第3970900183号	
管理者及び連絡先	管理者氏名	連絡先
	岡本 美紀	(0880)65-0533
サービス提供地域	宿毛市	

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

【事業の目的】

有限会社ワンカラが開設する指定訪問介護事業所ヒロ・ケアサポート(以下「事業所」という。)が行う指定訪問介護事業(以下「事業」という。)が、介護状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問介護を提供することを目的とする。

2. 事業所の職員体制

職 種		常 勤	非 常 勤	計
管 理 者 兼 サービス提供責任者		1名		1名
サービス提供責任者		2名		2名
サービス提供責任者	介護福祉士	1名以上		1名以上
	介護福祉士実務者	1名		1名
訪問介護員	介護福祉士		1名	1名
	介護福祉士実務者		1名以上	1名以上
	初任者研修(訪問介護員2級含)		3名以上	3名以上

【職員の職種、員数及び職務内容】

(1) 管理者 1名

管理者は、事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行う。

(2) サービス提供責任者 2名 (令和4年9月変更)

サービス提供責任者は、事業所に対する指定訪問介護の利用の申込に係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、訪問介護計画の作成等を行う。

(3) 訪問介護員等

訪問介護員等は、常勤換算で2.5以上置く。

訪問介護員は、指定訪問介護の提供に当たる。

3. 営業時間

平 日	土曜日、日曜日	祝日
8:30 - 17:30	休日	休日

*緊急時及び時間外、土日においても電話相談その他、対応いたします。

4. サービスの内容

利用者の居宅(自宅)へ、介護福祉士等を派遣して、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話をを行うサービスです。

具体的には、次のサービス内容区分の中から指定の時間帯に応じて選択されたサービスを提供します。

【サービス内容区分】

- 〈身体介護〉
- ①起床介助 ②就寝介助 ③排泄介助 ④衣服の脱着 ⑤整容介助
 ⑥身体の清拭・洗髪 ⑦入浴介助 ⑧食事介助 ⑨体位交換 ⑩服薬管理
 ⑪通院等介助 ⑫その他()
- 〈生活援助〉
- ①調理 ②洗濯 ③掃除 ④買い物 ⑤薬の受取り ⑥衣服の入れ替え
 ⑦その他()

5. サービス利用料及び利用者負担

介護保険からの給付サービスを利用する場合の利用者負担金は、原則として所得により利用料金は1割の方・2割の方・3割の方それぞれとなります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

【利用料金－昼間－】

	30分未満		20分以上 45分未満	45分以上	
生活援助	—		1,790円	2,200円	
	20分未満	20分～30分 未満	30分以上 1時間未満	1時間以上	1時間から 30分増すごとに
身体介護	1,630円	2,440円	3,870円	5,670円	820円を追加

*早朝(午前6時から午前8時)と夜間(午後6時から午後10時)は25%増し、深夜(午後10時から午前6時)は50%増しとなります。

*上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様の居宅サービス計画(ケアプラン)で定められた時間を基準とします。

*やむを得ない事情で、かつ、お客様の同意を得て、2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。

※介護職員処遇改善加算について

基本料金(1ヶ月の訪問利用料)×介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)(22.4%)=加算金額

(例)1ヶ月に生活援助45分以上を4回利用の場合(1割の方の場合)

220円×4回=880円

880円+(880×22.4%)=1077円(請求金額)

*緊急時訪問介護加算・初回加算(居宅サービス基準第8条)によりこの対象の方に対し事業所は加算を算定する事が可能である。

①交通費

上記1のサービス提供地域にお住まいの方は無料です。(それ以外の地域の方は、交通費(実費)が必要です。)

②支払い方法

利用者負担金は、毎月15日までに請求しますので、月末以内に下記のいずれかの方法でお支払いください。

ア 有料老人ホーム 窓口で現金払い
 イ 口座振込: 幡多信用金庫 宿毛西支店 普通 0058487
 有限会社 ワンカラ 代表取締役 菱田 裕子

※ 居宅サービス計画を作成しないときなど、市町村から直接利用料が支払われない場合は、一旦利用料金(10割)をいただき、サービス提供証明書を発行します。

後日市町村の窓口提出しますと、利用料金と自己負担額との差額の払い戻しを受けることができます。

6. キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用をキャンセルする場合は、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先(電話): 0880-65-0533

(2) 利用者の都合でサービスの利用をキャンセルする場合は、できるだけサービス利用時間の24時間前までにご連絡ください。24時間以内のキャンセルは、次のキャンセル料をいただくことになりますので、ご了承ください。

ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

【キャンセル料】

時 期	料 金
ご利用の24時間前までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用の12時間前までにご連絡いただいた場合	利用料金の 25 %
ご利用の12時間前までにご連絡がなかった場合	利用料金の 50 %

7. 当法人の運営方針

事業所の訪問介護員等は、要介護者等の心身の状態に応じて、個々の有する能力を最大限に生かし、Quality of life(精神的充足を伴った質の高い生活)の維持向上を基本とし、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、その他の生活全般にわたる援助を行う。

また、事業の実施にあたっては、関係市町村、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、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つとめる。

8. 相談窓口、苦情対応、虐待防止

(1) 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。

当法人お客様相談窓口	電話番号 0880-65-0533
	FAX番号 0880-65-0533
	相談員(責任者) 岡本 美紀
	対応時間 8時30分 ~ 17時30分(年中無休)

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申立てができます。

宿毛市役所 長寿政策課	所在地 高知県宿毛市希望ヶ丘1
	電話番号 0880-62-1234
	FAX番号 0880-62-1270
	対応時間 8時30分~17時15分(土、日、祝日、12/29~1/3を除く)
高知県国民健康保険団体 連合会(国保連)	所在地 高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号 088-820-8410・8411
	FAX番号 088-820-8413
	対応時間 午前9時~正午、午後1時から午後4時(土、日、祝日、12/29~1/3を除く)

9. 当法人の概要

名称・法人種別	有限会社 ワンカラ
代表者氏名	代表取締役 菱田 裕子
所在地・電話	高知県宿毛市港南台2丁目11-3 0880-65-7899
事業所数	指定居宅介護支援事業所、指定介護予防居宅介護支援事業所、指定訪問介護事業所、指定認知症対応型共同生活介護事業、指定介護予防認知症対応型共同生活介護事業、指定通所介護事業所

10.職場環境改善に向けた取り組み(介護職員が受けるハラスメント)

介護現場においてハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。

11.事故発生時及び緊急対応方法

サービス提供中に事故が発生、または容態の急変等の緊急事態が発生した場合は、下記の方法で対応します。事前の打ち合わせにより、利用者の主治医、救急隊、緊急連絡先（ご家族等）、介護支援専門員（ケアマネージャー）等に連絡します。

(1) サービス提供中に事故が発生、または容態の急変等の緊急事態が発生した場合は、事前の打ち合わせにそって連絡致します。

（利用者の主治医、救急隊、緊急連絡先、介護支援専門員お住まいの行政機関、その他）

(2) 急を要する場合は、事業所の判断により救急車を要請し、事後報告となる場合もあります。

(3) 必要に応じて、警察、消防、市町村、その他関連機関への連絡を致します。

(4) 事故再発防止策として、事故報告書に基づき調査・検討をして防止策の作成をします。

(5) 施設内の会議に事故事例は提出し、再発の防止に努めます。

12.提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施なし。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

上記重要事項について説明を行いました。

(事業者)

所在地 高知県宿毛市港南台2丁目11-3

事業者名 有限会社 ワンカラ

代表取締役 菱田 裕子 印

(説明者)

サービス事業所名 指定訪問介護事業所 ヒロ・ケアサポート

管理者 岡本 美紀 印

訪問介護の提供開始にあたり、重要事項について上記のとおり説明を受け、同意します。

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理人、代筆者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続柄 ()