

重要事項説明書

(訪問介護)

あなたに対する居宅サービス介護提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条(訪問介護)に基づいて、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 事業者

| | |
|---------|----------------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 和敬会 |
| 事業者の所在地 | 愛知県新城市八束穂字天王1032番地の2 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 代表者名 | 理事長 太田 一平 |
| 電話番号 | 0536-22-0760 |

2 ご利用事業所

| | |
|----------|----------------------|
| 事業所の名称 | まどかの郷 訪問介護事業所 |
| 事業所の所在地 | 愛知県額田郡幸田町大字野場字石荒23番地 |
| 管理者名 | 太田 二郎 |
| 電話番号 | 0564-63-1626 |
| ファクシミリ番号 | 0564-63-1633 |

3 ご利用事業所であわせて実施する事業

| 事業の種類 | | 愛知県知事の事業者指定 | | | 利用 定数 |
|----------|--------------|-------------|-----------|------------|----------|
| | | 指定年月日 | 指定有効期限 | 事業所番号 | |
| 施設 | 特別養護老人ホーム | 平成12年4月1日 | 令和8年3月31日 | 2376000085 | 100人 |
| 居宅 | 訪問介護 | 平成12年2月29日 | 令和8年3月31日 | 2376000168 | |
| | 通所介護 | 平成12年2月29日 | 令和8年3月31日 | 2376000176 | 35人 |
| | 短期入所生活介護(注※) | 平成12年2月29日 | 令和8年3月31日 | 2376000184 | 空床 |
| 居宅介護支援事業 | | 平成11年9月28日 | 令和8年3月31日 | 2376000077 | 105人 |

(注※は介護予防事業含む。介護予防事業の指定有効期限は令和6年3月31日)

| 幸田町総合事業 | | 指定年月日 | 指定有効期限 | 事業所番号 | |
|------------|----------|----------|------------|------------|--|
| 居宅 (注※) | 訪問介護相当事業 | 令和6年4月1日 | 令和11年3月31日 | 2376000168 | |
| | 通所介護相当事業 | 令和6年4月1日 | 令和11年3月31日 | 2376000176 | |

(注※について、訪問介護相当事業は訪問介護と、通所介護相当事業は通所介護と一体的に行います)

4 事業の目的と運営の方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | <p>社会福祉法人和敬会が開設するまどかの郷訪問介護事業所（以下「まどかの郷事業所」という。）が行う、指定訪問介護の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、まどかの郷事業所の介護福祉士又は訪問介護員研修の修了者（以下「訪問介護員等」という。）が、要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。</p> |
| 運営の方針 | <p>指定訪問介護の基本方針として、まどかの郷事業所の訪問介護員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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う。</p> <p>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、居宅介護支援事業所、地域の保健・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ものとする。</p> |

5 職員体制（主たる職員）

| 従業者の職種 | 員数 | 区分 | | | | 常勤換算後の人員 | 事業者の指定基準 | 保有資格 (※印は兼務) |
|-----------|----|----|----|-----|----|----------|----------|---|
| | | 常勤 | | 非常勤 | | | | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | | |
| 施設長 | 1 | | 1 | | | | 1.0 | 社会福祉主事 1名※ |
| サービス提供責任者 | 3 | | 3 | | | 3.0 | 1.0 | 介護福祉士 3名※ |
| 訪問介護員 | 15 | | 3 | 8 | 4 | 7.4 | 2.5以上 | 介護福祉士 (常勤) 3名 (内3名※) (非常勤) 5名 初任者研修修了 (旧ヘルパー2級) ((非常勤) 7名 |

(注※)職員数は令和6年1月1日現在のものです。

6 職員の勤務体制

| 従業者の職種 | 勤務体制 | 休暇 |
|-------------------------|---------------------------|------|
| 施設長 | 正規の勤務時間帯（9：00～18：00）常勤で勤務 | 4週8休 |
| サービス提供 責任者兼訪問 介護員 | 8：00～17：00 | 4週8休 |
| 訪問介護員 | | |

7 事業実施地域、営業日およびご利用の予約

| | |
|----------------|--|
| 通常の事業の 実施地域 | 幸田町、岡崎市、蒲郡市、西尾市。 |
| 営業日 | 毎週月曜日～土曜日（ただし12月30日から1月3日までを除く） |
| 営業時間 | 午前8時00分から午後5時00分まで。（日曜日休み） |
| ご利用の方法 | ご利用の予約は、利用を希望される期間の初日の2か月前から受け付けております。 |

8 事業所の第三者評価について

| | |
|--|---|
| 第三者評価実施の有無 | 無 |
| <p>第三者による評価とは、提供する福祉サービスの質を事業所及び利用者以外の公正・中立な第三者機関が専門的かつ客観的な立場から行った評価をいう。 （事業所内で行う内部監査や行政による指導監査は含まれない）</p> | |

9 訪問介護サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

①生活援助

| 種類 | 内容 | 利用料 |
|-------|--|--|
| 食事の調理 | ・利用者の状況に応じて、適切な援助を行います。（ただし、食材料費は給付対象外です。） | 介護報酬の告示上の額 （ただし、法定代理受領の場合 は介護報酬の告示上の単位に 各利用者の介護保険負担割合 |

| | | |
|--------------------|-------------------------|--|
| 洗濯、掃除 | ・利用者の状況に応じて、適切な援助を行います。 | 証に記載された負担割合を乗じた額です。法定代理受領でない場合は、指定居宅サービス基準額相当額です。） |
| その他利用者に必要な日常生活上の世話 | ・利用者の状況に応じて、適切な援助を行います。 | |

②身体介護

| 種 類 | 内 容 | 利用料 |
|--------|---|--|
| 食事の介助 | ・利用者の状況に応じて、適切な食事介助を行います | 介護報酬の告示上の額 (ただし、法定代理受領の場合は介護報酬の告示上の単位に各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。法定代理受領でない場合は、指定居宅サービス基準額相当額です。) |
| 排せつの介助 | ・利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、随時交換を行います。 | |
| 入浴の介助 | ・入浴が困難な利用者に対して必要な入浴介助を行います。 | |

(2) 介護保険給付外サービス

| 種 類 | 内 容 | 利用料 |
|-------------------|---|---|
| 通常の事業実施地域以外でのサービス | ・当事業所の事業実施区域外の方で訪問介護サービスを希望される場合の交通費。 | ・片道 5km 未満 1 回 300 円 片道 5km 以上 1 回 500 円 |
| その他サービス | ・訪問介護の中で提供されるサービスのうち、日常生活においても通常必要となるものにかかる費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用。 | ・実費 |

10 苦情等申立先

| | |
|--------------------------|--|
| まどかの郷 訪問介護事業所 | 相談窓口 サービス提供責任者（藤本 綾） 相談受付時間 月～土曜日 午前9時～午後6時 電話 0564-63-1626 FAX 0564-63-1633 E-mail:madoka@wakyokai.or.jp |
| 幸田町 福祉課 介護保険グループ | 相談受付時間 月～金曜日（土・日・祝日除く） 電話 0564-63-5117 |
| 岡崎市 介護保険課 介護給付班 | 相談受付時間 月～金曜日（土・日・祝日除く） 電話 0564-23-6682 |
| 西尾市 健康福祉部 長寿課 | 相談受付時間 月～金曜日（土・日・祝日除く） 電話 0563-65-2119 |
| 蒲郡市 東三河広域連合 介護保険課 | 相談受付時間 月～金曜日（土・日・祝日除く） 電話 0532-26-8471 |
| 愛知県国民健康保険団体 連合会 介護保険課 | 相談受付時間 月～金曜日（土・日・祝日除く） 電話 052-971-4165（カガナイ ヨロコ） |

11 秘密保持の厳守

| |
|---|
| <p>訪問介護員は、業務上知り得た利用者または利用者の家族の秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。 （就業規則に明記し、従業員との契約書または誓約書に署名を求めます。）</p> |
| <p>訪問介護員が退職後、在職中に業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を、正当な理由なく第三者に漏らすことのないように必要な措置を講じます。 （退職事務手続きに明記します。）</p> |
| <p>利用者またはその家族から、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者またはその家族の個人情報を用いません。</p> |

12 事故・緊急時の対応

介護サービスの提供中に利用者に急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医または協力医療機関と連絡をとるとともに、緊急連絡先に連絡し、救急治療あるいは救急入院等必要な措置が受けられるようにします

13 訪問介護費（特定事業所加算Ⅰ適用）

| 時 間 | 身体介護中心 | |
|-----------------------------------|---------|--|
| | 介護報酬単位数 | 利用者負担額 |
| 20分未満（注※） | 196単位 | 介護報酬の告示上の単位に各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。 キャンセル料1000円（注※※） |
| 20分以上30分未満 | 293単位 | |
| 30分以上1時間未満 | 464単位 | |
| 1時間以上の場合 | 680単位 | |
| 以降30分増すごとに | +82単位 | |
| 生活援助加算（20分から起算し25分ごとに加算、70分以上を限度） | +65単位 | |
| 時 間 | 生活援助中心 | |
| | 介護報酬単位数 | 利用者負担額 |
| 20分以上45分未満 | 215単位 | 介護報酬の告示上の単位に各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。 キャンセル料1000円（注※※） |
| 45分以上 | 264単位 | |
| 通院等の乗降介助中心（注※） | 116単位 | |

（注※）について、まどかの郷事業所では行っていません。

（注※※）キャンセル料：前日までにキャンセルのお知らせを頂いた場合は無料。

（注※※）キャンセル料：当日又は連絡ない場合は1回につきキャンセル料1000円を徴収させていただきます。

初回加算

新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、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訪問した場合 200単位/月

介護報酬の告示上の単位に各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。

緊急時訪問介護加算

利用者やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り、ケアマネジャー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在宅サービス計画にない訪問介護(身体介護)訪問介護を行った場合 100単位/月

介護報酬の告示上の単位に各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。

認知症専門ケア加算(Ⅰ)(Ⅱ)

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の50以上
認知症介護実践リーダー研修終了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20名未満の場合1名以上配置した場合 認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3単位/日
認知症専門ケア加算(Ⅰ)の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し、事業全体の認知症ケアの指導等を行い、介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し実施した場合 認知症専門ケア加算(Ⅱ) 4単位/日

介護報酬の告示上の単位に各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。

生活機能向上連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)

医師、理学療法士等から助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした機能訓練計画を作成等します。医師、理学療法士等から助言を受けた場合 生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100単位
生活機能向上連携加算(Ⅰ)に加え、サービス提供責任者とリハビリ専門職等がそれぞれ利用者宅を訪問した上で共同カンファレンスを実施しサービス担当者会議と明確に区分した場合 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位

介護報酬の告示上の単位に各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。

介護職員等処遇改善加算

所定単位数は基本サービス費に各種加算、減算を加えた総単位数とする。

当該加算は総単位数に所定の加算率を乗じた単位数。

加算率 I の場合 24.5% II の場合 22.4% III の場合 18.2% IV の場合 14.5%

地域区分（7級地）

1 単位 10.21円として計算されます。

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名：サービス提供責任者 氏名 _____）
から上記重要な事項の説明を受けたことを確認します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ (印)

利用者の家族等 住所 _____

氏名 _____ (印)

続柄 _____