

ほほえみホームヘルプステーション

南さつま市介護予防訪問介護相当サービス重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

当事業所はご契約者に対して南さつま市介護予防・生活支援サービスの指定介護予防訪問介護相当サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要支援1、要支援2、及び南さつま市から事業対象者として認定された方が対象となります。認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 椎原寿恵会
- (2) 法人所在地 佐賀県鳥栖市村田町1250番地1
- (3) 電話番号 0942-82-2301
- (4) 代表者氏名 理事長 中川原 章
- (5) 設立年月 平成20年6月2日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防訪問介護相当サービス事業所
平成30年4月1日指定
- (2) 事業の目的 社会福祉法人椎原寿恵会が開設するほほえみホームヘルプステーション(以下「事業所」という。)が行う介護予防訪問介護相当サービスの事業(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、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。)が要支援状態にある利用者に対し、適正な訪問介護の提供を目的とする。
- (3) 事業所の名称 ほほえみホームヘルプステーション
- (4) 事業所の所在地 鹿児島県南さつま市加世田内山田2,580番地
- (5) 電話番号 0993-78-3120
- (6) 管理者 朽木 美穂
- (7) 当事業所の運営方針

- 1、事業所の訪問介護員等は利用者等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、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。

2、事業の実施に当たっては関係市町村、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。

(8) 開設年月 平成20年6月2日

(9) 事業所が行っている他の業務

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

【訪問介護】 平成20年6月2日 指定 南地福 第2号

【居宅介護・重度訪問介護】 平成20年6月2日 指定 南地福 第11号

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 事業の実施地域

南さつま市

(2) 営業日及び営業時間

営業日	毎日
営業時間	午前8時～午後6時 相談により、早朝や夜間についても対応します。

4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して指定介護予防訪問介護相当サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜ 主な職員の配置状況 ＞

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤	非常勤	指定基準
1. 管理者	1		1
2. サービス提供責任者	1 (兼務)		1.0 以上
3. 訪問介護員	1	4	2.5 以上 (常勤換算)
(1) 介護福祉士	1	3	
(2) 訪問介護養成 研修1級 (ヘルパー 1級) 課程修了者			
(3) 訪問介護養成 研修2級 (ヘルパー 2級) 課程修了者		1	

※ 常勤換算

職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定

勤務時間数(例：週 40 時間)で除した数です。

(例) 週 8 時間勤務の訪問介護員が 5 名いる場合、常勤換算では、
1 名(8 時間×5 名÷40 時間=1 名)となります。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者のご家庭に訪問しサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が南さつま市から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 事業の給付の対象となるサービス(契約書第 4 条参照)

以下のサービスについては利用料金の大部分(介護保険負担割合証記載の額以外の部分)が南さつま市から給付されます。

＜サービスの概要と利用料金＞

☆ ご契約者に対する具体的なサービスの実施内容・実施日及び実施回数は、居宅サービス計画(ケアプラン)がある場合にはそれを踏まえた個別サービス計画に定めら

れます。但し、契約者の状態の変化、ケアプランに位置付けられた目標の達成度を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

☆ ご契約者の状態の変化等により、サービス提供量が個別サービス計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、他の支援事業者と調整の上、支給区分の変更、個別サービス計画の変更又は事業認定の変更、要介護認定の申請援助等必要な支援を行います。

① 身体介護

入浴介助・・・入浴の介助又は見守り、入浴が困難な方は体を拭く(清拭)など行います。

排泄介助・・・排せつの介助を行います。

食事介助・・・食事の介助又は見守りを行います。

② 生活援助

☆ 介護予防訪問介護相当サービスは自立支援の観点から、利用者ができる限り自ら家事等を行うことができるように支援することを目的としています。そのため下記のサービスは、例えば、ご契約者が行う調理を訪問介護員が見守りながら一緒に行うなど、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によって行います。

調理・・・ご契約者の食事の用意を行います。(ご家族分の調理は行いません。)

洗濯・・・ご契約者の衣類等の洗濯を行います。(ご家族分の洗濯は行いません。)

掃除・・・ご契約者の居室の掃除を行います。

（ ご契約者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除は行いません。）

買い物・・・ご契約者の日常生活に必要となる物品の買物を行います。

（ 預金・貯金の引き出しや預け入れは行いません。）

<サービス利用料金>（契約書第8条参照）

利用料金は1ヵ月ごとの定額制です。ケアプランにおいて位置付けられた支給区分によって、次のとおりになります。契約者の体調不良や状態の改善等により、個別サービス計画に定めた期日より利用が少なかった場合又は多かった場合でも、日割りでの割り引き又は増額はしません。

支給区分	I（週1回程度）	II（週2回程度）	III（週2回を超える程度）
自己負担額	1,176円（月） 39円（日）	2,349円（月） 77円（日）	3,727円（月） 123円（日）

☆ケアハウス入居の利用者は自己負担額の9割負担となります。

☆ 月ごとの定額制となっているため、月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として日割りは行いません。

一、月途中で要介護から事業対象者に変更になった場合。二、月途中で事業対象者から要介護に変更になった場合。三、同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合。
☆月途中で支給区分が変更になった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

☆ 初回及び過去2ヶ月に、当事業所の利用がない場合、サービス提供責任者がサービスの提供または訪問介護員に同行した場合は、初回加算として200単位算定いたします。

☆ ご契約者がまだ認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。認定を受けた後、自己負担額を除く金額が南さつま市から払い戻されます（償還払い）。また、ケアプランが作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ 南さつま市からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせてご契約者の負担額を変更します。

☆ 介護職員処遇改善加算Ⅱ（月利用料金の22.4%）を算定しています。

☆中山間地域等における小規模事業所加算（月利用料金の10%）を算定します。

令和7年7月から加算

（2）給付対象とならないサービス（契約書第5条、第8条参照）

以下のサービスは、利用料金の金額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

給付の支給限度額を超える介護予防訪問介護相当サービスの利用で、給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

（３）交通費（契約書第９条参照）

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で当事業所のサービスを利用される場合サービスの提供に際し要した交通費の実費を頂きます。

（４）利用料金のお支払い方法（契約書第８条参照）

前記（１）、（２）の料金・費用は１ヶ月ごとに計算しご請求しますので、翌月１０日までにいずれかの方法でお支払いください。

ア． 下記指定口座への振込

鹿児島銀行 加世田支店 普通預金 ９６７７８０
社会福祉法人 椎原寿恵会 理事長 中川原 章

イ． 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関： 鹿児島銀行 他

ウ． その他現金による支払い

（５）利用の中止、変更、追加（契約書第９条参照）

○ 利用予定日の前に、ご契約者の都合によりサービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に出してください。

○ 利用予定日の前日までに申し出がなく当日になって利用中止の申し出をされた場合キャンセル料として下記の料金をお支払いいただきます。但し、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合はこの限りではありません。

・ 利用予定日の前日までに申し出があった場合：無料

・ 利用日当日の申し出があった場合：１回あたり３００円（当日キャンセル/連絡あり）

（※令和７年７月から） １回あたり５００円（無断キャンセル/連絡なし）

○ サービス利用の変更・追加の申し出に対して訪問介護員の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。但し、実際のサービス提供にあたっては複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

(2) 訪問介護員の交替（契約書第6条参照）

① ご契約者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。但し、ご契約者から特定の訪問介護員の指名はできません。

② 事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により訪問介護員を交替することがあります。訪問介護員を交替する場合は契約者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

(3) サービス実施時の留意事項（契約書第7条参照）

1 定められた業務以外の禁止

契約者は「5. 当事業所が提供するサービス」で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

2 介護予防訪問介護相当サービスに関する指示・命令

サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、事業者はサービスの実施にあたって契約者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

3 備品等の使用

サービス実施のために必要な備品等(水道・ガス・電気を含む)は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

(4) 訪問介護員の禁止行為（契約書第13条参照）

訪問介護員は、ご契約者に対するサービス提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ①医療行為
- ②ご契約者もしくはその家族等からの物品等の授受
- ③ご契約者の家族等に対する訪問介護サービスの提供
- ④飲酒及びご契約者若しくはその家族等の同意なしに行う喫煙
- ⑤ご契約者若しくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑥その他契約者若しくはその家族等に行う迷惑行為

(5) サービス提供責任者

サービス提供責任者は利用者からのサービス利用申込みに関する調整や個別サービス計画の作成などの業務を担当します。利用にあたって疑問点やご心配な点があったりサービス内容を変更したい時には、サービス提供責任者にお気軽にお尋ねください。訪問介護員に直接お話をくださってもかまいません。

7. 要望及び苦情等の受付について（契約書第23条参照）

当事業所に対する苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

(1) ほほえみホームヘルパーステーション

受付窓口（担当者） 管理者 朽木 美穂 電話 0993-78-3120
苦情解決責任者 鹿児島事業本部 電話 0993-53-7739
受付時間 毎週月曜日～金曜日 08:30～17:30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

南さつま市役所 担当課	所在地 : 南さつま市加世田川畑 2648 番地 電 話 : 0993-53-2111 F A X : 0993-53-8888 受付時間 : 8:30～17:00
鹿児島県国民健康保険 団体連合会 担当課	所在地 : 鹿児島市鴨池新町 7 番 4 号 (県市町村自治会館) 電 話 : 099-206-1084 F A X : 099-206-1069 受付時間 : 8:30～17:00
鹿児島県くらし保健福祉部 担当課	所在地 : 鹿児島市鴨池新町 10 番 1 号 電 話 : 099-286-2696 F A X : 099-286-5554 受付時間 : 8:30 ～ 17:00
鹿児島県福祉サービス運営 適正化委員会	所在地 : 鹿児島市鴨池新町 1 番 7 号 電 話 : 099-286-2200 受付時間 : 8:30 ～ 17:00

第三者委員 内門 よう子 電話 57-3008
内司 啓子 電話 53-2448

(3) 第三者評価について～評価は受けていません。

指定介護予防訪問介護相当サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明

を行いました。

令和 7 年 6 月 日

ほほえみホームヘルプステーション

説明者 職名：管理者 氏名 栢木 美穂 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け指定介護予防訪問介護相当サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏名

印

(代理人住所)

氏名

印