

**訪問介護
訪問型サービス(日常生活支援総合事業含む)
(呉市及び東広島市) 重要事項説明書
基準を緩和したサービス(呉市のみ)
＜令和 8 年 6 月 1 日 現在＞**

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 0823-77-1558 (受付：月曜日～土曜日 午前8:30～午後5:30まで)
担当 サービス提供責任者 寿咲谷 文子、水流 真理
* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. ホームヘルプサービス 郷原の里の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	ホームヘルプサービス郷原の里
所在地	呉市郷原町11882-12
介護保険指定番号	訪問介護 (広島県3470500731号)
サービスを提供する地域 *	呉市(広・郷原町・焼山地区) 東広島市黒瀬町(中黒瀬、下黒瀬地区)

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

	常勤	非常勤	計
管理者	1 名		1 名
サービス提供責任者	2 名 (兼)		2 名
ヘルパー	4 名 (専従2名・兼務2名)	7 名	11 名
資格内訳	介護福祉士	5 名	9 名
	2級課程修了者 (初任者研修修了者含む)	2 名	2 名

(3) サービスの提供時間帯

- (1) 営業日 月曜日から土曜日までとします。
ただし、国民の祝日、8/13～8/15、12/29～1/3を除きます。
- (2) 営業時間 午前8時30分から午後5時30分までとします。
- (3) 必要に応じて、営業日及び営業時間外の訪問にも応じます。
- (4) 電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とします。

3. サービス内容

- (1) 身体介護
・食事介助・入浴介助・排泄介助・清拭・体位変換・通院介助・服薬管理・口腔衛生・等
- (2) 生活援助
・買物・調理・掃除・洗濯・等
- (3) その他のサービス
・介護相談・生活相談 等

4.利用料金

(1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金(料金表)です。

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。

下記に示した料金は、1割負担の場合です。2割負担の方は、2倍の料金となります。

3割負担の方は、3倍の料金となります。

① 要支援1、2及び事業対象者の方

＜訪問型独自サービス＞

(単位:円)

	訪問回数	訪問型サービス費 (1月につき)	対象者
訪問型独自サービス費11	概ね、週1回の訪問	1,176	要支援1、2 事業対象者
訪問型独自サービス費12	概ね、週2回の訪問	2,349	要支援1、2 事業対象者
訪問型独自サービス費13	概ね、週2回を超える訪問	3,727	要支援2 事業対象者

※上記利用料は1単位10円として換算した場合の料金となります。

又、東広島市は7級地となりますので、地域区分単価は1単位10.21円となります。

＜緩和した基準によるサービス・・・生活援助のみ＞(呉市のみ)

(単位:円)

	訪問時間	訪問型サービス費 (1回につき)	利用回数	対象者
訪問型独自サービス	20分以上45分未満	179	概ね週2回程度	要支援1
	45分以上	225	概ね週3回程度	要支援2 事業対象者

② 要介護の方・・・サービス内容によって料金が変わります。

○身体介護

(単位:円)

	訪問時間	訪問介護費(1回につき)
身体介護1	20分以上30分未満	244
身体介護2	30分以上1時間未満	387
身体介護3	1時間以上1時間30分未満	567
身体介護4 以上	30分を増すごとに	82単位追加加算されます。

○生活援助

(単位:円)

	訪問時間	訪問介護費(1回につき)
生活援助2	20分以上45分未満	179
生活援助3	45分以上	220

○身体生活援助・・・身体介護に引き続き生活援助を行う場合

(単位:円)

	訪問時間	訪問介護費(1回につき)
身体1生活1	身体介護に引き続き、20分以上の生活援助を行う	309
身体1生活2	身体介護に引き続き、45分未満の生活援助を行う	374
身体1生活3	身体介護に引き続き、45分以上の生活援助を行う	439

＊加算・・・必要に応じて(①②共通)

初回加算	200単位/月	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、サービス提供者が同行訪問した場合
緊急時訪問介護加算	100単位/月	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ージャーと連携を図り、ケアマネージャーが必要と認めた時に、居宅サービス計画にない訪問介護(身体介護)を行った場合
生活機能向上連携加算Ⅰ	100単位/月	訪問リハビリ、通所リハビリを実施している事業所の理学療法士等の助言を受けた上で訪問介護計画を作成した場合
生活機能向上連携加算Ⅱ	200単位/月	訪問リハビリ、通所リハビリの理学療法士等が利用者宅に訪問するに加え、リハビリを実施の医療提供施設の理学療法士等が訪問して連携を図った場合
介護職員処遇改善加算Ⅲ		1ヶ月当たりの訪問型サービス費又は訪問介護費の総計の20.7%(1円未満四捨五入)

＊減算(①②共通)

ケアハウス郷原の里に入居の利用者に対して、所定単位数の90%の算定となる。

③ 留意事項

- ＊ 上表の料金設定の基本となる時間は、ご利用者様の居宅サービス計画(ケアプラン)に定められた時間を基準とします。
- ＊ 適切なアセスメントを経て介護支援専門員が「居宅サービス計画」に二人対応の必要性を認め、ご利用者様の同意を得て二人対応とした場合、二人分の料金となります。

5. サービスの利用開始

(1) サービスの利用開始

まずは、包括支援センター又は居宅介護支援事業所を通してお申し込み下さい。

当事業所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。

6. 当事業所の運営の方針

当事業所の訪問介護員は、要介護等の状態に居られる方の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて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います。

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

・訪問介護員等は、訪問介護を実地中に、利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずると共に、管理者に報告します。

8. サービス内容に関する苦情、相談

【事業者窓口】 ホームヘルプサービス郷原の里 苦情処理委員会 寿咲谷文子	所在地 呉市郷原町11882-12 電話番号 0823-77-1558 FAX番号 0823-77-1833 受付時間 午前8:30～午後5:30		
郷原の里 苦情解決委員会 第三者委員	元福祉施設事務長	荒谷 慶憲	0823-77-0722
	元主任児童委員	倉田 和子	0823-77-0628
【市町村窓口】 呉市介護保険課	所在地 呉市中央4丁目1-6 電話番号 0823-25-3136 FAX番号 0823-22-8529		
東広島市地域包括ケア推進課	所在地 東広島市西条栄町8-29 電話番号 082-420-0984 FAX番号 082-426-3117		
広島県国民健康保険団体連合会	所在地 広島市中区東白島町19番49号国保会館 電話番号 082-554-0783 FAX番号 082-511-9126		

・苦情についての対応

- (1) 苦情の申し立てがある場合、担当者が苦情の内容をお聞きし、対応させていただきます。
- (2) 検討を要する場合は苦情解決委員会を開催し、対応策や改善策を検討し、対応させていただきます。
- (3) 市町村、国保連を通して出された苦情についても、市町村、国保連の助言、指導をもとに、(2)項同様の対応をさせていただきます。

9. サービス利用時の事故対応

・担当者…寿咲谷 文子

・事故発生時の対応

- (1) サービス提供時間中に事故が発生した時は、利用者様の状態、状況をご家族に速やかに報告、連絡致します。
- (2) 事故の状態を確認し、主治医、嘱託医の指示を仰ぎ対応していきます。
- (3) 緊急性が高いと判断される場合は、救急要請をさせて頂くことがあります。

10. 当法人の概要

名称	社会福祉法人 朋輝福祉会	
代表者役職・氏名	理事長	池庄司正幸
所在地・電話番号	呉市郷原町11882-12 TEL 0823-77-1558	
運営事業	特別養護老人ホーム	定員54名
	短期入所生活介護	16名
	通所介護	定員60名
	訪問介護	
	ケアハウス	定員30名
	呉市地域相談センター 居宅介護支援事業所	

11.重要事項の説明年月日

この重要事項の説明年月日	令和	年	月	日
--------------	----	---	---	---

訪問介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	呉市郷原町11882-12		
	法人名	社会福祉法人	朋輝福祉会	㊞
	代表者名	理事長	池庄司 正幸	
	事業所名	ホームヘルプサービス郷原の里		
	代表者名	管理者	池庄司 佐和子	
	説明者氏名	㊞		

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容に同意し、交付を受けました

利用者	住 所	㊞
	氏 名	

代理人	住 所	
	氏 名	㊞
	(続柄)	

※重要事項に対する同意は、介護保険の給付対象者である利用者の行為であることが必要です。

※利用者自身の自著であれば、押印の必要はありません。代筆された場合、押印をお願いします。