

重要事項説明書

訪問介護事業、介護予防・第1号訪問事業（日光市訪問介護相当サービス）

（令和6年4月1日現在）

訪問介護事業、介護予防・第1号訪問事業（日光市訪問介護相当サービス）の提供開始にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者概要

事業者名称	医療法人矢尾板記念会
主たる事務所の所在地	栃木県日光市平ヶ崎609-4
法人種別	医療法人
代表者名	矢尾板 誠一
電話番号	0288-22-1221

介護保険法令に基づき栃木県知事から指定を受けている事業所名称（指定番号）	ヘルパーステーション 見龍堂メディケアユニット （栃木県 097070034号）
サービスの種類	訪問介護事業 介護予防・日常生活支援総合事業 第1号訪問事業（日光市訪問介護相当サービス）

2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	ヘルパーステーション見龍堂メディケアユニット
指定番号	栃木県 0970700340号
所在地	栃木県日光市木和田島3008-8
電話番号	0288-32-2132

3 ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の 従業者の職種	員 数	勤 務 の 態 勢
介護福祉士	2人以上	常 勤 2 名 非常勤 1 名
訪問介護員養成研修 1級課程を修了した者	2人以上	非常勤 1 名
訪問介護員養成研修 2級課程を修了した者	10人以内	非常勤 5 名

4 営業時間

営業日	毎日(12月31日～1月3日を除く)
営業時間	8:30～17:30 までとする。電話などにより、24時間常時連絡が可能な体制とする。

5 訪問介護事業の概要

(1) 1回あたりの利用料

訪問介護サービスの種類	内容・標準的な手順	基本サービス	利用料 (1割)	利用料 (2割)	利用料 (3割)
身体介護	食事、入浴、排泄介助等	20～30分未満	244円	488円	732円
		30分以上1時間未満	387円	774円	1161円
		1時間以上1時間30分未満	567円	1134円	1731円
		以後30分増えるごとに	82円	164円	246円
生活援助	買物、掃除、調理、洗濯、相談助言、関係機関との連絡等	20分以上45分未満	179円	358円	537円
		45分以上	220円	440円	660円
身体介護＋生活援助	身体介護(20～30分未満)に引き続き生活介護を行う場合	20分以上45分未満	65円	130円	195円
		45分以上70分未満	130円	260円	390円
		70分以上	195円	390円	585円

加算名	加算条件	利用料 (1割)	利用料 (2割)	利用料 (3割)
初回加算 (介護予防訪問介護も同様)	新規に訪問介護計画を作成しサービス提供責任者が訪問している等、算定用件を満たす場合。(初回利用月のみ)	200円 ／月	400円 ／月	600円 ／月
緊急時訪問加算	利用者やその家族等から要請を受けて、算定用件を満たす訪問介護(身体介護)を行った場合。	100円 ／回	200円 ／回	300円 ／回
生活機能向上連携加算 (I)	サービス提供責任者が理学療法士等と共同して訪問介護計画書を作成している等、算定用件を満たす場合。(3月の間に限り算定)	100円 ／月	200円 ／月	300円 ／月

生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	理学療法士等とサービス提供者が自宅訪問等により身体状況等の評価を共同して行い訪問介護計画書を作成している等、算定要件を満たす場合。 (3月の間に限り算定)	200 円 ／月	400 円 ／月	600 円 ／月
2人の訪問介護員等による場合	基準を満たす場合にあって、同時に2人の訪問介護員等が1人の利用者に対して、同意を得て訪問介護を行った場合	所定単位 200%		
早朝加算	午前6時から午前8時の時間帯にサービスを行った場合	所定単位 25%		
夜間加算	午後6時から午後10時の時間帯にサービスを行った場合	所定単位 25%		

※ 全ての訪問介護が、介護保険の適用内です

※ 介護職員処遇改善加算として1月分の利用料に22.4%、介護職員特定処遇改善加算Ⅱとして加算されます。

※ 請求額は、合計利用料と介護職員処遇改善加算を合わせた金額に地域単価（10.21円）を乗じた金額の介護給付利用者負担割合の額になります。

6 介護予防・第1号訪問事業（日光市訪問介護相当サービス）の概要

サービスの種類	内容・標準的な手順	基本項目	利用料 (1割)	利用料 (2割)	利用料 (3割)
生活援助	買物、掃除、調理、洗濯、相談、助言、関係機関との連絡等	訪問型独自サービスⅠ 〈週1回程度の利用が必要な場合〉 事業対象者、要支援1・要支援2	1176 円 ／月	2352 円 ／月	3528 円 ／月
		訪問型独自サービスⅡ 〈週2回程度の利用が必要な場合〉 事業対象者、要支援1・要支援2	2349 円 ／月	4698 円 ／月	7047 円 ／月
		訪問型独自サービスⅢ 〈Ⅱを超える利用が必要な場合〉 事業対象者、要支援2	3727 円 ／月	7459 円 ／月	11181 円 ／月

※ 利用料は月単位の包括報酬とします。通院介助は行いません。

※ 介護職員処遇改善加算として1月分の利用料に22.4%、介護職員特定処遇改善加算として加算されます。

※ 請求額は、1月分の利用料と介護職員処遇改善加算を合わせた金額に地域単価（10.21円）を乗じた金額の介護給付利用者負担割合の額になります。

7 通常の事業実施地域

日光市（旧日光、旧今市）

利用者の居宅が、当該事業所の通常の事業実施地域以外にある時は、交通費の実費をいただきます。（通常の事業実施地域（旧日光、旧今市）を超えた場合1kmにつき10円）

8 キャンセル料（訪問介護事業のみ）

前日または当日午前8時30分までに事業所（ヘルパーステーション見龍堂メディケアユニット（TEL32-2132））に連絡を頂いた場合を除いて、キャンセル料を頂きます。

※ 体調悪化等は考慮します。

※ 請求額 = 計画（予定）保険対象費用額 × 30% とします。

9 苦情申立窓口

当社お客様相談窓口	サービス提供責任者 柴田 京 対応時間 毎日 午前8時30分～午後5時30分 電話 0288-32-2132
日光市相談窓口	日光市健康福祉部高齢福祉課 対応時間 平日 午前8時30分～午後5時 電話 0288-21-5100
国民健康保険 団体連合会	栃木県国民健康保険連合会 介護福祉課介護サービス担当 対応時間 平日 午前8時30分～午後5時 電話 028-643-2220

10 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の併設医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。緊急連絡先に連絡いたします。

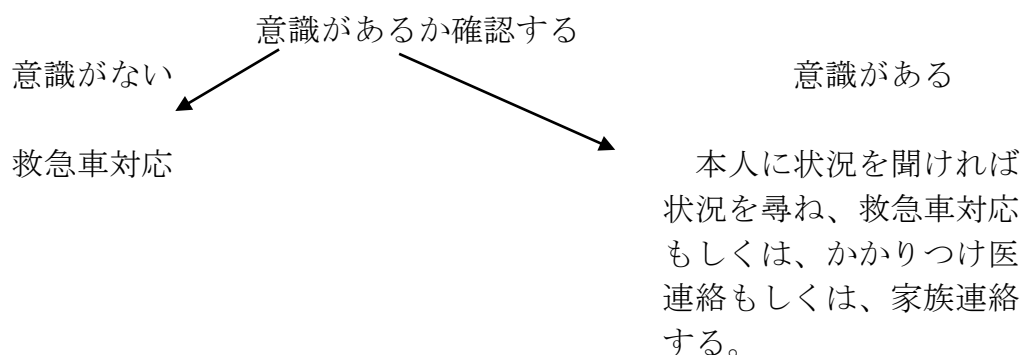
併設医療機関	医療機関の名称	見龍堂医療福祉総合クリニック
	院長名	ト部 和昌
	所在地	栃木県日光市木和田島3008-8
	電話番号	0288-32-2021
	診療科	内科、外科、循環器科、呼吸器科、小児科 麻酔科、泌尿器科
	入院設備	無し
	救急指定の有無	無し
	契約の概要	当事業者と医療機関は同一法人です。

※ 「緊急時の対応マニュアル」に基づき対応いたします。

緊急時対応マニュアル

ヘルパーステーション見龍堂メディケアユニット

1 利用者宅へ訪問した際、倒れていた場合



2 活動中具合が悪くなった場合

基本的な対応は①と同じ、ただし、具合が悪くなったときの状況がわかればメモ等で残しておくといふ（救急隊員や家族等に状況を聞かれたとき、答えるため）

3 救急車を呼ぶときの心得（優先順位順）

- （1）落ち着いて 119 番をかけ、
 - ①自分の名前（ヘルパーであることをきちんと話す）
 - ②利用者の名前
 - ③住所（目印等も話すとよい）
 - ④ 発見時もしくは具合が悪くなった時の状況・意識の有無 を話す。
- （2）緊急連絡先になっている家族へ電話する。（連絡先が不明の際は、ヘルパーステーションに緊急連絡先一覧表があるため、ヘルパーステーションへ連絡する。）
- （3）ケアマネージャーがついている場合はケアマネージャーに連絡する。
- （4）ヘルパーステーションへ、対応内容の報告の連絡をする。

※救急車に同乗しなければならない場合、近隣の方もしくはヘルパーステーションに電話をし、利用者宅で連絡役として 1 名残ってもらうのが望ましい。

※救急車がくるまでに（2）～（4）の対応が間に合わなかった場合、ヘルパーステーションに電話をし、どこまで対応したかを話し、残りの対応をしてもらう。

ヘルパーステーション見龍堂メディケアユニット緊急時の対応

事 故	内 容	初 期 対 応	必 要 事 項
1. 転倒・骨折	利用者の転倒骨折事故	① 利用者の緊急処置 併設医療機関への連絡 見龍堂医療福祉総合クリニック ② 事故状況を確認 ③ 家族・ケアマネへの連絡 ④ 担当スタッフによる事故報告書の提出	・家族へ発生状況を詳しく説明（サービス提供責任者・訪問介護員） ・事故報告書（内部）の作成（当事者） ・行政への報告
2. 怪我	利用者及び職員の怪我	① 対象者の緊急処置 ② 事故状況を確認 ③ 利用者の場合、家族・ケアマネへの連絡 ④ 担当スタッフによる事故報告書の提出	・家族へ発生状況を詳しく説明（サービス提供責任者・訪問介護員） ・事故報告書（内部）の作成（当事者） ・行政への報告
3. 誤飲	利用者の誤飲事故	① 対象者の緊急措置 ② 事故状況を確認 ③ 家族・ケアマネへの連絡 ④ 担当スタッフによる事故報告書の提出	・家族へ発生状況を詳しく説明（サービス提供責任者・訪問介護員） ・事故報告書（内部）の作成（当事者） ・行政への報告
4. 伝染病	伝染性疾患が発見された場合	① 医師の診察、対応・指示を受ける ② 届出が必要な場合、保健所に連絡 県西健康福祉センター（0289-64-3125）	・行政への報告
5. 食中毒	集団下痢等があった場合	① 医師の診察、対応・指示を受ける ② 保健所に連絡 ③ 保健所から対策の指示を仰ぐ 県西健康福祉センター（0289-64-3125）	・保存食のチェック ・行政への報告
6. 交通事故	利用者の送迎等	① 事故状況により怪我人の救急病院等への搬送 ③ 警察、施設、保険会社への連絡 ④ 家族・ケアマネへの連絡 ⑤ 加害者、被害者との協議	

7. 急死	利用者が突然死亡した場合	① 医師の診察 ② 死因が不明な場合 警察への連絡 ③ 家族・ケアマネへの連絡	・ 発見された場合は、周辺及び対象を動かさない。 ・ 事故報告書の作成
8. 自殺	入所者が自殺した場合	① 現場状況を保存 ② 警察への連絡 ③ 家族・ケアマネへの連絡	・ 発見された場合は、周辺及び対象を動かさない。 ・ 事故報告書の作成

1 1 虐待の発生または再発の防止対策

利用者の人権擁護、虐待の発生又はその再発を防止するための措置（委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者の設置）を講じていきます。

1 2 身体拘束等の適正化

身体拘束等の適正化を図るため、原則拘束の禁止と、緊急やむを得ない場合の記録等を行っていきます。

1 3 感染症対策

感染症の発生やまん延防止のための指針を整備し、必要な対策を講じていきます。

1 4 ハラスメント防止のための対策

事業所におけるハラスメント防止のための対策の方針の明確化を図り、相談体制の整備を行っていきます。なお、ハラスメントに関しては、上司や同僚に限らず、利用者や家族等から受けるものも含まれます。

1 5 第三者評価の有無

無し

1 6 支払方法

- ・ 毎月 10 日に、前月分の請求書を発行しますので、その月の末日までにお支払い下さい。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。
- ・ お支払い方法は、現金、口座振込み、口座引落しの三つの方法いずれかでお支払い下さい。
尚、口座振込みを利用された場合の、振込み手数料はご本人（ご家族）に負担していただきます。

令和 年 月 日

訪問介護事業、介護予防・第1号訪問事業（日光市訪問介護相当サービス）の開始にあたり、利用者（本人が判断不能な場合は代理人）に対して重要事項説明書を交付の上、重要事項を説明しました。

<説明者>

住 所 日光市木和田島3008番地8

名 称 ヘルパーステーション見龍堂メディケアユニット

職氏名 サービス提供責任者 柴田 京

私は、重要事項説明書を受領し、訪問介護事業、介護予防・第1号訪問事業（日光市訪問介護相当サービス）の内容についての重要事項の説明書を受け、これらの内容を十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____

<利用者代理人>

住 所 _____

氏 名 _____

ヘルパーステーション見龍堂メディケアユニット

代表者 理事長 矢尾板 誠一 様