

ヘルパーステーション万葉

訪問介護および介護予防・日常生活支援事業

重要事項説明書

1 当事業所の概要

(1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	ヘルパーステーション万葉
所在地	栃木県佐野市堀米町 1348-5
電話番号	0283-27-1687
F A X 番号	0283-24-2088
事業所番号	0970400735
通常サービスを提供する地域	佐野市

※上記地域以外にお住いの方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 当事業所の職員体制

職名	資格	常 勤	非常勤	合 計	業務内容
管 理 者		1 名	名	1 名	介護従事者及び業務の管理
サービス 提供責任者	介護福祉士	2 名	名	2 名	利用申込調整・介護従事者への 技術指導・入浴、排泄、食事等 の生活全般にわたる援助
介護従事者	介護福祉士又は ホームヘルパー2 級	1 名	5 名	6 名	入浴、排泄、食事等の生活全般 にわたる援助

(3) サービスの提供時間

原則的に、当事業所の営業日、営業時間内とさせていただきます。

営業日：月曜～金曜（ただし、祝日及び8月13日～15日までの夏期、12月30日～1月3日までの年末年始期間を除く）

営業時間 8：30～17：30

※但し、ご要望に応じて、上記の営業日以外、営業時間以外にもサービス提供することもあります。（早朝、夜間、深夜時間帯は料金が異なります。）

	早朝 6：00～8：00	通常時間帯 8：00～18：00	夜間 18：00～22：00	深夜 22：00～6：00
営業日	○※	○	○※	○※
休業日	土曜日、日曜日、祝日、8月13日～15日、12月30日～1月3日 ※			

2 当事業所の訪問介護の特徴等

(1) 運営方針

- ①当事業所の訪問介護員等は、要介護者等の身体機能・精神機能・社会的背景を踏まえて、その有する能力に応じ利用者の意思に沿い、できるだけ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、その他生活全般にわたる援助を行います。
- ②事業の実施に当たっては、関係市町、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します。

(2) サービスの内容

- ①身体介護：摂食、入浴、排泄、体位交換、移乗、更衣、付き添い等
- ②生活援助：掃除、買い物、調理、洗濯等
- ③通院等乗降介助（要介護者のみ適応）

3 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、該当する負担割合により利用料金が1割、2割、3割負担となります。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分に係るサービス利用は全額自己負担になります。

(1) 訪問介護の利用料

【基本部分：訪問介護費】

区分	所要時間	訪問介護費（1回あたり）			
		単位数	利用者負担金 （自己負担1割 の場合）	利用者負担金 （自己負担2割 の場合）	利用者負担金 （自己負担3割 の場合）
身体介護	20分未満	1 6 3	1 6 3円	3 2 6円	4 8 9円
	20分以上 30分未満	2 4 4	2 4 4円	4 8 8円	7 3 2円
	30分以上 1時間 未満	3 8 7	3 8 7円	7 7 4円	1 1 6 1円
	1時間半以上 (30分を増すごとに加算)	5 6 7 (+ 8 2)	5 6 7円 (+ 8 2円)	1 1 3 4円 (+ 8 2円)	1 7 0 1円 (+ 8 2円)
生活援助	20分以上 45分未満	1 7 9	1 7 9円	3 5 8円	5 3 7円
	45分以上	2 2 0	2 2 0円	4 4 0円	6 6 0円

【加算・減算】

要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算又は減算されます。

加算等の種類	加算・減算額（１回あたり）			
	単位数	利用者負担金 (自己負担１割 の場合)	利用者負担金 (自己負担２割 の場合)	利用者負担金 (自己負担３割 の場合)
早朝・夜間、深夜の訪問	所定単位数の 25%増 所定単位数の 50%増	左記額の１割	左記額の２割	左記額の３割
初回加算	200 単位	200 円	400 円	600 円
緊急時訪問介護加算	100 単位／回	100 円／回	200 円／回	300 円／回
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の 24.5%	左記額の１割	左記額の２割	左記額の３割
特定事業所加算Ⅱ	所定単位数の 10%	左記額の１割	左記額の２割	左記額の３割
事業所と同一建物の利用者、 これ以外の同一建物の利用者 20人以上にサービスを行う場 合	同一建物の利用 者・同一建物の利 用者20人以上の 場合所定単位数 の90%	左記額の１割	左記額の２割	左記額の３割

訪問介護相当サービス

【基本料金】

		単位数	自己負担 1 割の方	自己負担 2 割の方	自己負担 3 割の方
訪問介護相当サービスⅠ	週1回程度の訪問 (1か月あたり)	1176	1176円	2352円	3528円
訪問介護相当サービスⅡ	週2回程度の訪問 (1か月あたり)	2349	2349円	4698円	7047円
訪問介護相当サービスⅢ	Ⅱを超える利用が必要な方 (1か月あたり)	3727	3727円	7454円	11181円

【訪問介護相当サービス 加算・減算】

初回加算	200 単位	200 円	400 円	600 円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の 24.5%	左記額の 1 割	左記額の 2 割	左記額の 3 割
事業所と同一建物の利用者、これ以外の同一建物の利用者 20 人以上にサービスを行う場合	同一建物の利用者・同一建物の利用者 20 人以上の場合 所定単位数の 90%	左記額の 1 割	左記額の 2 割	左記額の 3 割

(2) 交通費

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は、サービス提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。

(3) その他

① お客様の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用はお客様のご負担となります。

② 料金の支払い方法

毎月、10 日以降に前月分の請求を致しますので、月末までにお支払いください。
お支払い方法は原則的に銀行振込です。

口座振替の方法による支払いの時は、申出のある場合に限って領収書を発行します。

4 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話またはご来所によりお申し込みください。当事業所の職員がお伺いします。

※居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

①お客様のご都合でサービスを終了する場合、サービスの終了を希望する 7 日前までにお申し出ください。

②天災や災害等、あるいは事業所のやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合がございますが、その場合は天災や災害等を除き、1 ヶ月前までに文書で通知します。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合（この場合、条件を変更して再度契約することができます）
- ・お客様が亡くなられた場合

④その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様、ご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了できます。
- ・お客様が、サービス利用料金の支払いを 3 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 10 日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族様が当事業所のサービス従事者に対して本契約を継続し難い程の背信行為を行った場合は、文書で通知することにより即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

5 サービス内容に関する苦情

当事業所の提供したサービスに対して、不満や苦情がある場合には、どんな些細なことでも構いませんので、次の窓口までお申し付けください。

① 当事業所のお客様相談・苦情窓口

担当者 サービス提供責任者 長 繁行

電話 0283-27-1687

受付日 月曜～金曜（但し、祝日及び夏期、年末年始の休業日を除く）

受付時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分

② 当事業所以外の市町村、及び栃木県国民健康保険団体連合会の相談・苦情相談窓口

佐野市役所 介護保険課：0283-20-3022

栃木県国民健康保険団体連合会：028-622-7242

6 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等あった場合は、事前の打合せにより、お客様の主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門家等へ連絡を致します。

主治医	病院名	
	主治医	(科)
	電話番号	
ご家族	氏名	(続柄)
	住所	〒
	電話番号	

7 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業所等に早急に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、お客様に対して当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償致します。なお、当事業所は「株式会社損害保険ジャパン」と損害賠償保険契約を結んでおります。

8 当法人の概要

- | | | | |
|------------|------------------|----|--------------|
| (1) 法人名 | 社会福祉法人常盤福祉会 | | |
| (2) 法人の所在地 | 栃木県佐野市堀米町 1336-1 | 電話 | 0283-20-6339 |
| (3) 代表者氏名 | 理事長 廣澤 英次 | | |

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及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者	社会福祉法人常盤福祉会
	理事長 廣澤 英次
所在地	佐野市堀米町 1348-5
名 称	ヘルパーステーション万葉

印

説明者	サービス提供責任者
-----	-----------

印

私は、契約書及び本書面により、事業所から訪問介護についての重要事項の説明を受けて同意しました。

利用者	〒	—
-----	---	---

住所

氏名

印

(代理人)	〒	—
-------	---	---

住所

氏名

印