

2024 年 4 月改訂

訪問介護重要事項説明書

社会福祉法人 健寿会
健寿園ヘルパーステーション

訪問介護重要事項説明書

< 2024 年 4 月 1 日現在 >

1 当事業所が提供するサービスについての苦情等相談窓口

電話 04-2921-7733 健寿園ヘルパーステーション 担当 サービス提供責任者

(日曜、12/31～1/3 を除く 8 時 30 分～17 時 30 分)

電話 04-2998-9420 所沢市介護保険課 (平日 8 時 30 分～17 時 15 分)

電話 048-824-2568 埼玉県国民健康保険団体連合会 (平日 8 時 30 分～17 時 00 分)

利用者の住所を担当する地域包括支援センター

_____ 地域包括支援センター (平日 8 時 30 分～17 時 15 分)

電話 04-_____ - _____

※ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 健寿園ヘルパーステーションの概要

(1) 提供できるサービスの種類 訪問介護サービス

(2) 事業者の名称及び所在地等

事業所名称	健寿園ヘルパーステーション
所在地	〒359-1101 埼玉県所沢市北中 2-301-1
介護保険指定番号	訪問介護 (埼玉県 第 1172500207 号)
通常の事業の実施地域	埼玉県所沢市

※ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(3) 同事業所の職員体制

	人数	業務内容
管理者	1 名	サービス管理全般
サービス提供責任者	1 名以上	サービス調整等
訪問介護員	2.5 名以上	日常訪問介護業務等

※ 介護保険法の規程を遵守しています。

(4) 営業日等

営業日 月曜日から土曜日までの毎日

* 但し年末年始（12月31日～1月3日）までは休業とする。

営業時間 通常時間帯

午前9時00分から午後5時30分までとする。

連絡体制 携帯電話等により、24時間常時連絡が可能な体制をとる。

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・体位変換などの身体に関わる援助。

(2) 生活援助

買物・調理・掃除・洗濯などの家事に関わる援助。

4 料金

○ 料金（自己負担割合はお手元の介護負担割合証をご参照下さい。）

① 身体介護（1回当たり）地域区分別1単位当たりの単価 10.42 円（6 級地）

	20 分未満	20 分以上 30 分未満	30 分以上 1 時間未満	1 時間以上
1 割 負担	170 円	255 円	404 円	591 円に 30 分増すごとに 86 円加算します。
2 割 負担	340 円	509 円	807 円	1,182 円に 30 分増すごと に 171 円加算します。
3 割 負担	510 円	763 円	1,210 円	1,773 円に 30 分増すごと に 257 円加算します。
10 割	1,698 円	2,542 円	4,032 円	5,908 円に 30 分増すごと に 854 円加算します。

② 身体介護に引き続き生活援助中心の訪問を行った場合（1回当たり）

地域区分別1単位当たりの単価 10.42 円（6 級地）

利用料金	20 分以上 45 分未満	45 分以上 70 分未満	70 分以上
負担割合 1 割	68 円加算	136 円加算	204 円加算
負担割合 2 割	136 円加算	272 円加算	408 円加算
負担割合 3 割	203 円加算	406 円加算	606 円加算
10 割	680 円加算	1,360 円	2,040 円

注：身体介護の金額に対して加算となります。

③ 生活援助（1回当たり）地域区分別1単位当たりの単価 10.42 円（6 級地）

利用料金	20 分以上 45 分未満	45 分以上
負担割合 1 割	187 円	230 円
負担割合 2 割	373 円	459 円
負担割合 3 割	560 円	688 円
10 割	1,865 円	2,292 円

④ 加算 地域区分別1単位当たりの単価 10.42 円（6 級地）

サービス内容略称		負担割合 1 割	負担割合 2 割	負担割合 3 割	10 割
初回加算※1	1 月につき	209 円	417 円	626 円	2,084 円
緊急時訪問介護加算※1※2	1 回につき	105 円	209 円	313 円	1,042 円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）※1※2	連携実施初回月	105 円	209 円	313 円	1,042 円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）※1※2	連携実施初回月からそ 上記（Ⅰ）を算定していない場合 の月を含めて 3 か月間	209 円	417 円	626 円	2,084 円
夜間（午後 6 時から午後 10 時）または早朝（午 前 6 時から午前 8 時）に訪問した場合※1	1 回につき所定単位数に 25%加算				
やむを得ない事情で、かつ利用者の 同意を得て 2 人で訪問した場合※1	2 人分の料金				
特定事業所加算Ⅱ	上記料金に 10%加算				
介護職員処遇改善加算Ⅰ※2	利用料金、加算を合わせた全ての利用者負担額に 13.7%を加算				
介護職員等特定処遇改善Ⅰ※2	利用料金、加算を合わせた全ての利用者負担額に 6.3%を加算				
介護職員等ベースアップ等支援加算※2	利用料金、加算を合わせた全ての利用者負担額に 2.4%加算				

※1 対象者のみの加算となります。

※2 料金①～③及び④の※2 以外で実施した加算内容の額に対しての加算となります。

○ 交通費

所沢市内	無料
所沢市外	訪問に必要な交通費実費。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額とする。 ア 通常の実施地域を超えた地点から片道 10 キロ未満 片道 200 円 イ 通常の実施地域を超えた地点から片道 10 キロ以上 片道 300 円

○ キャンセル規定

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① ご利用日の前日 17 時までにご連絡いただいた場合	無料
② 上記日時までにご連絡がなかった場合	1,000 円

(5) 支払方法

毎月、20 日までに前月分の請求をいたしますので、15 日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。お支払方法は、ご契約の際に決めさせていただきます。

(6) その他

利用者のお住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用は利用者のご負担になります。

5 サービス利用契約の終了

① 利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

サービスの終了を希望する日の 7 日前までに文書等でお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了 30 日前までに文書等で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合……………入所日
- ・ 利用者が要介護認定区分ではなくなった場合……………非該当となった日
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合……………死亡日

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、守秘義務に違反した場合、利用者・保証人など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、利用者は文書等で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを30日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15日以内に支払わない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院または病気等により3ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、または利用者や保証人などが当事業所やサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書等で通知することにより、即座に契約を終了させていただくことができます。

6 当事業所の事業計画、財務内容等は、必要に応じてご覧いただけます。

7 当事業所のサービスの特徴等

事業所パンフレットをご覧ください。

8 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、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、保証人、居宅介護支援事業者等へ速やかに連絡いたします。

9 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、速やかに保障人や担当の介護専門員及び市区町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

9 第三者評価の実施状況（有・無）

（実施年月日） _____ （評価機関） _____

（評価結果） _____

20 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

所在地 〒359-1101 埼玉県所沢市北中 2-301-1

名 称 社会福祉法人 健寿会

健寿園ヘルパーステーション

印

説明者 サービス提供責任者 橋本 美穂

印

私は、契約書及び本書面により、事業者から訪問介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

<利用者欄を代筆の場合は代筆者氏名>

_____ (続柄 _____)

ご家族様代表 住所 _____

氏名 _____ 印