

重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業者法人名	医療法人 榊原
法人所在地	愛知県知多郡武豊町字向陽5-2
代表電話番号	0569-73-6811
FAX番号	0569-73-6812
設立年月日	昭和61年4月1日
事業所名	ヘルパーステーション榊原
事業所所在地	愛知県知多郡武豊町大字富貴字西側108-5
管理者名	鈴木 大地
事業所電話番号	0569-73-6821
FAX番号	0569-73-6852
介護保険指定番号	愛知県 第2375700727号
指定年月日	平成13年12月28日
更新年月日	令和 2年12月28日
運営方針	介護を必要とされるご利用者やその家族の身体的、精神的負担の軽減を図り、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援助致します。 指定訪問介護においてはご利用者様の要支援状態の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるように支援致します。 又、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ます。

2. 事業所の職員体制

職 種	資 格	常 勤	非常勤	業務内容
管理者	—	1 名		従業者及び業務の管理
サービス提供責任者	介護福祉士	2 名		利用申込みの調整、訪問介護計画の作成 サービス内容の管理、実施状況の把握 居宅介護支援事業者等との連携
訪問介護員等	介護福祉士	2 名	5 名	訪問介護の提供
	ヘルパー 1 級			
	ヘルパー 2 級		2 名	
兼務の有無	⑦ ・ 無			

従業者の健康診断の有無	有 ・ 無
常勤職員の所定労働時間	1 週間あたり 40 時間

3. サービスの内容等

営業日	月曜日～金曜日		
営業時間	8：30～17：15		
休業日	土・日曜日、祝祭日、盆休み及び年末年始休み ※1ヶ月前に書面にてお知らせします。		
通常の事業の実施地域	半田市、常滑市、武豊町、美浜町、南知多町		
介護保険対象サービス	身体介護	食事介助	下膳、食事量チェック、水分補給、ミキサー食の調理
		入浴介助	入浴準備、手浴、足浴、洗髪、洗体、浴後清掃
		排泄介助	ポータブルトイレ介助、おむつ交換、尿器・便器介助、ベッド上排泄、尿・便後始末、陰部臀部清拭
		清潔の援助	入浴介助、清拭、洗面介助、洗髪、寝衣交換、シーツ交換、布団干し、うがい・歯磨き、爪きり、髭剃り介助、衣類・寝具の交換、義歯洗浄
		移動介助	トイレ誘導、車椅子・歩行・座位移動介助、体位変換
		健康管理	通院介助、服薬介助、床ずれ防止
	生活援助	買 物	献立作成、薬の受理
		調 理	温め、盛付け、配膳
		掃 除	住居（居室）の清掃、換気・室温調整、後片付け、食器洗い
		洗 濯	衣類管理（洗濯物干し・アイロンかけ等）
介護保険対象外サービス	当事業所所有の自動車を使用して買い物等のサービスを提供した場合		
	介護計画（ケアプラン）に基づいたその他のサービス		
	複写物の交付		
	通常の事業実施地域を越えてサービスの提供がされた場合の交通費		
事故発生時の対応	サービス提供中に事故が発生した場合は、市町村・ご家族・支援事業者等へ連絡いたします。また、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。		

苦情・相談対応 窓口	事業所	担 当 者	鈴木 大地
		連 絡 先	０５６９－７３－６８２１
		対 応 時 間	８：３０～１７：１５ （日、祝日を除く）
	各市町村	担 当 者	介護保険担当
		連 絡 先	□福祉課 ７２－１１１１ （武豊町） □介護保険課 ８４－０６４９（半田市） □福祉課 ３４－７７４４ （常滑市） □保険課介護係 ８２－１１１１ （内線３６２） （美浜町） □保険介護係 ６５－０７１１ （内線５４０） （南知多町）
		対 応 時 間	８：３０～１７：１５ （土日、祝日を除く）
	国民健康保険団体連合会	担 当 者	介護サービス苦情処理審査会
		連 絡 先	〒461-0014 名古屋市東区泉１丁目６番５号 （０５２）９７１－４１６５
		対 応 時 間	８：３０～１７：１５ （土日、祝日を除く）
秘密の保持	従業者は業務上知り得た契約者又はその家族の秘密を保持します。なお、サービス担当者会議等で契約者の個人情報を用いる場合は契約者の同意を、契約者の家族の個人情報を用いる場合はその家族の同意を、個人情報利用及び提供同意書をもって得るものとします。		
利用の中止、変更 追加	ご利用者の都合により、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場合は、利用予定日の前日までに事業者に申し出てください。 サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご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、ほかの利用可能期間又は日時をご利用者に提示して協議します。		

4. 災害による営業中止について

○営業中止と判断する事態

- ・事業実施地域に震度５以上の地震が発生した。
- ・地震発生により、伊勢・三河湾に津波警報が発生された時。
- ・東海地震注意情報が発表された時。 ・東海地震警報情報が発令された時。
- ・その他の自然災害（台風・豪雨・降雪等）により、管理者が営業中止を判断した時。

○営業再開に関して

- ・ライフライン復旧、交通・通信事情、職員の安否状況等を確認した上、営業を再開させていただきます。

5. サービス利用料金

(1) 訪問介護利用料金（1回あたり *加算は1月あたり）

地域区分：7級地 単位数単価：10.21円

（1か月の合計で計算した場合、小数点以下の端数処理関係上差異が生じる場合があります）

該 当 区 分			単位数	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)
身体介護	身体介護のみ	20分未満	163 単位	166 円	333 円	499 円
		20分以上30分未満	244 単位	249 円	498 円	747 円
		30分以上1時間未満	387 単位	395 円	790 円	1,185 円
		所要時間1時間以上	567 単位に30分を増すごとに82 単位を加算			
	生活援助含む	身体30分生活20分以上	309 単位	315 円	631 円	946 円
		身体30分生活45分以上	374 単位	382 円	764 円	1,146 円
		身体30分生活70分以上	439 単位	448 円	896 円	1,345 円
		その他	介護保険法介護報酬規程に準ずる			
生活援助	20分以上45分未満	179 単位	183 円	366 円	548 円	
	45分以上	220 単位	225 円	449 円	674 円	
加算	訪問介護初回加算	200 単位	204 円	408 円	613 円	
	緊急時訪問介護加算	100 単位	102 円	204 円	306 円	
	生活機能向上連携加算(Ⅰ)	(Ⅰ)				
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)	100 単位	102 円	204 円	306 円	
	(訪問リハビリテーション実施時に、利用者宅を訪問し、両者共同による訪問介護計画を作成する。初回訪問介護より3ヵ月間算定)	(Ⅱ)				
		200 単位	204 円	408 円	613 円	
特定事業所加算(Ⅰ)	所定単位数の20%を加算					
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (支給限度額管理の対象外)	所定単位数に24.5%を乗じた単位数					

- ◎ 「サービスに要する時間」は、そのサービスを実施するために国で定められた標準的な所要時間です。
- ◎ 上記サービスの利用料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、ご利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。
- ◎ やむを得ない理由で、かつ、ご利用者の同意を得て、二人で訪問した場合は、二人分の料金とさせていただきます。
- ◎ 平常の時間帯（午前8時から午後6時）以外の時間帯でサービスを行う場合には、介護保険の割増料金が加算されます。割増料金は、介護保険の支給限度額の範囲内であれば、介護保険給付の対象となります。

早朝（午前6時から午前8時まで）：25%

夜間（午後6時から午後10時まで）：25%

(2) 保険給付対象外利用料金（１回あたり）

費用項目	料金
介護保険給付の支給限度額を超えた場合	サービス利用料金の全額
介護計画（ケアプラン）に基づいたその他のサービス	内容に応じて ※介護保険法介護報酬単価を基本とする
複写物の交付（１部あたり）	１０円
通常事業実施地域を越えた地点から１０km未満	３００円
通常事業実施地域を越えた地点から１０km以上	５００円

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。
その場合は事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う２ヶ月前までにご説明します。

6. キャンセルについて

期限	利用当日の朝８：３０まで	
連絡先（電話番号）	０５６９－７３－６８２１ ０７０－１４３０－２３５３	
キャンセル料	利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
	利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の１０％ （自己負担相当額）

7. お支払い方法

支払い方法	口座振替
取扱金融機関	どちらの金融機関でも対応可能
計算期間	月毎に算定（月末締め）
請求書発行日	毎月１１日（休業日の場合は翌営業日）
お支払い期日	毎月２６日（休業日の場合は翌営業日）
お支払い場所	ご指定の口座より自動振替

8. 緊急時の対応

緊急時の対応 方法	サービス提供中に容体の変化や不可効力的な事故があった場合は、マニュアルに従い主治医、救急隊、親族、居宅支援事業者等へ連絡をいたします。		
緊急連絡先	主 治 医	病院名	
		医師名	
		TEL	
	緊急搬送先	病院名	
		TEL	
	ご 家 族	氏 名	続柄 ()
		自宅TEL	
		携 帯	
	ご 家 族	氏 名	続柄 ()
		自宅TEL	
携 帯			

指定訪問介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。サービス提供開始の同意については契約書でお願いいたします。

(説明者氏名

印)