

訪問介護重要事項説明書

1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話番号	0972-20-3988
担当者	山本 博子

2. ご利用の事業所の概要

(1) 名称等

法人名	社会医療法人 小寺会
事業所名 (事業所番号)	ヘルパーステーション 佐伯の太陽 (4470501869)
所在地	大分県佐伯市駅前1丁目1番11号
管理者氏名	山本 博子
電話・FAX番号	電話; 0972-20-3988 FAX; 0972-22-7488
サービスを提供する地域	佐伯市

(2) 営業時間及びサービス提供時間

営業時間	午前8時 ~ 午後5時
サービス提供時間	午前8時 ~ 午後5時
平日	○
土・日・祭日	○ 要相談

(3) 職員体制

職 種	資格	常勤	非常勤
管 理 者(兼務)	介護福祉士	1名	
サービス提供責任者	介護福祉士	2名	
従 業 者	介護福祉士		3名
従 事 者	2級ヘルパー		5名

3. サービス内容

種類	内 容	介護保険適用
身体介護	①利用者の身体に直接接触して行う介助 ② ①のために必要な準備及び後始末 ③利用者の日常生活を営むのに必要な機能の向上等のための介助及び専門的な援助 ④上記以外で「老計第10号・別紙1身体介護」に記載のある事項	○
生活援助	① 調理、洗濯、掃除等の日常生活の援助 ②上記以外で「老計第10号・別紙2生活援助」に記載のある事項	○
相 談	福祉サービス等に関する相談	

4. 利用料金等

(1) 利用料金

介護保険が適用される場合は、基本料金(料金表)の負担割合分が利用者負担金となります。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利用者負担となります。

【 料金表 — 基本料金・昼間 — 】

身体介護	20分未満	20分 ～ 30分未満	30分 ～1時間未満	1時間30分未満 (30分増す毎に)
	1,630円	2,440円	3,870円	5,670円 (820円を追加)
生活援助	—	20分 ～ 45分未満	45分以上	—
	—	1,790円	2,200円	—

※上記以外の料金設定も介護保険が適用される場合は当該法に基づきます。

※利用者様負担金額は介護保険負担割合証による自己負担割合を乗じた額となります。

(基本料金の1割、2割または3割となります。)

※基本料金に対して、早朝(午前6時～午前8時)・夜間(午後6時～午後10時)帯は25%増し、深夜(午後10時～午前6時)は50%増しとなります。

※上記の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、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。

※初回訪問に際し、初回加算200単位(円)を頂きます。

※当事業所は特定事業所加算(Ⅱ)と介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)を加算させていただきます。

・ 特定事業所加算(Ⅱ)は利用単位数の10%単位数(円)になります。

・ 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)は利用料の24.5%の料金になります。

※当事業所は中山間地域等における小規模事業所加算を算定させていただきます。

・ 算定額は利用単位数(所定単位数)の10%単位数(円)になります。

※やむをえない事情で、利用者の同意を得て、2人対応でのサービス提供の場合は、2人分(2倍)の料金となります。

※介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合は、一旦介護保険適用外の場合の料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日市町村の窓口に出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

※サービス提供表以外のサービスを利用者が希望される場合(規定の訪問時間を超過してもサービスを希望される等)以下の実費が必要です。

30分	1時間	1時間30分	以後30分ごとに
750円	1,500円	2,000円	500円を追加

(2) キャンセル料

訪問の前日までに連絡を頂けた場合	無料
訪問の前日までに連絡をいただけなかった場合	1,000円

※ただし、緊急な事情による突然の訪問中止ではキャンセル料は頂けません。

(3)交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域の方は、交通費の実費が必要です。

(4)その他の費用

利用者のご自宅で、サービスを提供するために使用する水道、ガス、電気、電話等の利用料は、利用者のご負担になります。

(5)支払方法

毎月15日頃に前月分の請求をいたしますので、20日までにお支払いください。ご都合に応じて対応は可能ですのでご相談ください。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

- ① 集金又は窓口による現金払い
- ② 郵便局での口座自動引き落とし
- ③ 当事業所の指定講座への振込み(振込手数料は支払者のご負担となります)

5. 解約等

基本契約書第8条～第11条をご参照ください。

6. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に状態の変化等があった場合は事前の打ち合わせにより、医師、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者等へ連絡し、必要な処置を講じます。

医師	氏 名	
	連絡先	
ご家族	氏名(続柄)	
	連絡先	

7. サービス内容に関する苦情

(1)当社の相談・苦情担当

担当	山本 博子	電話	0972-20-3988
----	-------	----	--------------

(2)その他

当社以外に、お住まいの市町村及び大分県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

佐伯市 保険年金課 介護保険係	電話	0972-22-3117
大分県国民健康保険団体連合会	電話	097-534-8470

訪問介護の提供開始に当たり、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。

令和 年 月 日
説明者 _____ 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、この訪問介護重要事項説明書は2部作成し、事業所と利用者が各1部を保有するものとします。

令和 年 月 日

(利用者) 住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印

(続柄、代筆理由; _____)

事業所 大分県佐伯市駅前1丁目1番11号
社会医療法人 小寺会
ヘルパーステーション 佐伯の太陽
管理者 山本 博子 印