

重要事項説明書

利用者： _____ 様

事業所：訪問介護事業所ひまわり

重要事項説明書

1 事業の目的と運営方針

指定訪問介護事業の適正な運営を確保するため、事業所の訪問介護員等が、要介護状態にある利用者に対し、適正な訪問介護を提供することを目的とします。

事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

訪問介護員等は、利用者の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訪問介護計画を作成し、計画に沿って、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行います。

地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター及び他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者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 訪問介護事業所の概要

(1) 訪問介護事業所の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	訪問介護事業所 ひまわり
所在地	山梨県南都留郡富士河口湖町小立 8003-2-2F
事業所の指定番号	1 9 7 1 3 0 0 8 2 5
サービスを提供する実施地域※	山梨県南都留郡富士河口湖町、富士吉田市

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 営業時間及びサービス提供時間

営業時間	サービス提供時間
午前8：30～午後17：30	年中無休

※ただし、サービス提供はケアプランの定める時間帯であれば、いつでも対応するものとする。

(3) 職員体制

職種	資格	常勤	非常勤	計
管理者 サービス提供責任者	介護職員初任者研修 修了 介護福祉士	2名	0名	2名
訪問介護員	介護福祉士、ヘルパー1～2級修了者、 介護職員初任者研修	9名	4名	13名

(4) 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

3 サービス内容

(1) 身体介護

① 食事介助 ② 入浴介助 ③ 排泄介助 ④ 清拭 ⑤ 外出 ⑥ 体位変換 等

(2) 生活援助

① 買い物 ② 調理 ③ 掃除 ④ 洗濯 ⑤ その他日常生活上の支援

(3) その他サービス

① 健康チェック ② 介護相談 ③ 情報提供 ④ 関係機関との連絡調整 等

4 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原則として基本料金（料金表）の1割負担または2割負担、3割負担となります。

詳しくは市区町村から発行される負担割合証をご確認ください。

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自己負担となります。

〔料金表—基本料金・通常時間〕

身体介護	20分未満	20分以上 30分未満	30分～ 1時間未満	1時間以上～ 1時間30分未満	1時間30分以上 (30分増すごとに)
	163単位	244単位	387単位	567単位	82単位
生活援助		20分以上 45分未満	45分以上	身体介護に引き続き生活援助を行う場合	
		179単位	220単位	所要時間が20分から起算して25分増すごとに+65単位(195単位を限度)(所要時間が20分から起算して25分増すごとに+67単位)(201単位を限度)	

- ※ 上記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、お客様の居宅サービス計画（ケアプラン）へ定められた目安の時間を基準とします。
- ※ やむを得ない事情で、且つお客様の同意を得て、サービス従業者2人で訪問した場合は2人分の料金をいただきます。

【二人介助の考え方について】

2人の従業者により居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護を行うことについては、利用者の同意を得ている場合であって、次の（1）から（3）までのいずれかに該当し、市が適当と認めた場合とする。

（平成18年厚生労働省告示第546号に基づく）

- （1） 障害者等の身体的理由により一人の従業者による介護が困難と認められる場合
- （2） 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合
- （3） その他障害者等の状況等から判断して、（1）又は（2）に準ずると認められる場合

（2）加算

基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額
		利用者負担金
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	200単位
生活機能向上 連携加算Ⅰ	サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等の助言に基づき、生活機能向上を目的とした個別サービス計画を作成し、サービス提供した場合	1月につき 100単位
生活機能向上 連携加算Ⅱ	サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等に同行し、共同して利用者の身体の状態等を評価した上、生活機能向上を目的とした個別サービス計画を作成し、理学療法士等と連携してサービス提供した場合	1月につき 200単位
緊急時訪問加算	利用者や家族等からの要請を受けて、緊急にサービス提供した場合	1回につき 100単位
夜間・早朝 深夜加算	夜間18時～22時、又は早朝6時～8時にサービス提供する場合 深夜22時～翌朝6時にサービス提供する場合	上記基本部分の25% 上記基本部分の50%

中山間地区等に居住するものへサービス提供加算※	中山間地区において、通常の事業の実施地域以外に居住する利用者へサービスした場合	上記基本部分の 5 %
介護職員 処遇改善加算 I	当該加算の算定要件を満たす場合	上記基本部分と 各種加算減算の合計の 24.5 %
介護職員 処遇改善加算 II		上記基本部分と 各種加算減算の合計の 22.4 %
介護職員 処遇改善加算 III		上記基本部分と 各種加算減算の合計の 18.2 %
介護職員 処遇改善加算 IV		上記基本部分と 各種加算減算の合計の 14.5 %

(3) 減算

基本部分に以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額
同一建物減算	事業所と同一建物等に居住する利用者又は1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合	上記基本部分の 10%
同一建物減算 (要件を満たす場合適用)	前6月間のサービス提供総数のうち、事業所と同一又は隣接敷地内へ所在する建物に居住する者へ提供した割合が100分の90以上を占める場合 (R6.4月より起算開始)	上記基本部分の 12%

(4) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

①ご利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合	利用負担金の100%

(5) 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、電話等の費用はお客様のご負担になります。

- ② 通院介助などで交通機関を利用した場合、サービス従業者の交通費はお客様のご負担になります。
- ③ 料金の支払方法
料金の支払方法は、毎月月末締めとし、翌月 20 日過ぎまでに当月分の料金を請求いたしますので、27 日までにお支払いください。
お支払い方法は、口座引落とさせていただきます。
- ④ まれに、交通事情によりサービス時間が多少前後することがございますがご了承ください。
- ⑤ サービス期間中、当事業所のヘルパーが同行研修する場合がございますのでご了承ください。
- ⑥ やむを得ずヘルパーが変更する場合もございますのでご了承下さい。
- ⑦ 誠に恐縮ではございますが、お茶・お菓子などの心遣いはご遠慮下さい。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ① まずはお電話でお問い合わせください。当事業所職員がお伺いいたします。また、居宅サービス計画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日の 1 週間前までに文書でお申し出ください。
- ② 当ステーション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 1 ヶ月までに文書で通知いたします。
- ③ 自動終了（以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービス終了します）
 - ・ お客様が介護保険施設等に入所した場合
 - ・ 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〕又は要支援と認定された場合
 - ・ ※ 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
 - ・ 当ステーション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、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
 - ・ 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の方などが、当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当ステーションにより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。

(3) 事故発生時の対応

利用者に対する指定訪問介護のサービス提供により事故が発生した場合は、区市町村、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。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ないます。

6 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、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

7 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所の相談・苦情窓口

当事業所の訪問介護に関するご相談・苦情および訪問介護サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

相談・苦情受付責任者：外川 翔太

相談・苦情受付窓口（担当者）：外川 翔太

受付日：月曜～金曜日

電話番号：090-2145-0200

受付時間：8：30～17：30

行政機関その他苦情受付機関

富士河口湖町役場 健康増進課	所在地	山梨県南都留郡富士河口湖町船津 1700
	受付日	月曜～金曜
	電話番号	0555-72-6037
	受付時間	8：30～17：15
国民健康保険団体連合会	所在地	山梨県甲府市蓮沢 1-15-35
	受付日	毎週水曜日
	電話番号	055-233-9201
	受付時間	9：00～16：00
福祉サービス 運営適正化委員会	所在地	山梨県甲府市北新 1 丁目 2-12 山梨県社会福祉協議会内
	受付日	月曜～金曜
	電話番号	055-220-3030

	受付時間	9 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0
--	------	---------------------

当事業所以外に住所地（保険者）である市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。富士河口湖町以外の保険者様は下記市町村にお問合せ下さい。

市町村名	所在	電話（代表）
甲府市	甲府市 丸の内 1-18-1	055-237-1161
富士吉田市	富士吉田市 下吉田 6-1-1	0555-22-1111
都留市	都留市 上谷 1-1-1	0554-43-1111
山梨市	山梨市 小原西 843	0553-22-1111
大月市	大月市 大月 2-6-20	0554-22-2111
韮崎市	韮崎市 水神 1-3-1	0551-22-1111
南アルプス市	南アルプス市 小笠原 376	055-282-1111
北杜市	北杜市 須玉町大豆生田 961-1	0551-42-1111
甲斐市	甲斐市 篠原 2610	055-276-2111
笛吹市	笛吹市 石和町市部 777	055-262-4111
上野原市	上野原市 上野原 3832	0554-62-3111
甲州市	甲州市 塩山上於曾 1085-1	0553-32-2111
中央市	中央市 臼井阿原 301-1	055-274-1111
市川三郷町	西八代郡市川三郷町 市川大門 1790-3	055-272-1101
早川町	南巨摩郡早川町 高住 758	0556-45-2511
身延町	南巨摩郡身延町 切石 350	0556-42-2111
南部町	南巨摩郡南部町 福士 28505-2	0556-66-2111
富士川町	南巨摩郡富士川町 天神中條 1134	0556-22-1111
昭和町	中巨摩郡昭和町 押越 542-2	055-275-2111
道志村	南都留郡道志村 6181-1	0554-52-2111
西桂町	南都留郡西桂町 小沼 1501-1	0555-25-2121
忍野村	南都留郡忍野村 忍草 1514	0555-84-3111
山中湖村	南都留郡山中湖村 山中 237-1	0555-62-1111

鳴沢村	南都留郡鳴沢村 1575	0555-85-2311
小菅村	北都留郡小菅村 4698	0428-87-0111
丹波山村	北都留郡丹波山村 890	0428-88-0211
相模原市	神奈川県相模原市中央区中央 2-11-15	042-754-1111

8 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

第三者による評価の実施	1 あり	実施日	令和 年 月 日
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし		

会社の概要

法人種別・名称 株式会社 SPERO
 社員数 18名（役員 2名 正社員 8名 パート 8名）
 設立 平成30年 9月
 所在地・電話 山梨県南巨摩郡富士川町鳥屋241
 代表取締役 外川 翔太
 電話 0555-73-8581
 事業内容 訪問介護事業

令和 年 月 日

サービス提供開始にあたり、利用者に対して本書面にもとづいて重要な事項を説明しました。

事業者 山梨県南巨摩郡富士川町鳥屋 241

名 称 株式会社 S P E R O

説明者 ⑩

私は、本書面により事業者から訪問介護についての重要な事項の説明を受けました。

利用者 住 所

氏 名 ⑩

(代理人) 住 所

氏 名 ⑩

本人との関係