

はなぐるま介護ステーション
訪問介護 重要事項説明書
《 令和7年4月1日現在 》

1. はなぐるま介護ステーションの概要

(1) 事業所の概要

事業所名	はなぐるま介護ステーション
所在地	福井市志比口3丁目7-9 コーポラス栄101
電話番号	0776-63-5575
FAX	0776-63-5475
管理者	藤田 等
介護保険指定番号	福井県 第1870103726号
通常の事業の実施地域	福井市
営業日	月曜日～金曜日
営業時間	午前8時30分から午後5時30分
休業日	土曜日、日曜日、祝日、 8月13日～8月15日、12月30日～1月3日
サービス提供時間	365日 午前6時00分から午後10時00分 電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とし、 出来る限り利用者の要望に応えるサービス提供を行うこととする。

(2) 職員体制

() 内は男性再掲

職種	資格	常勤	非常勤	合計
管理者		1名(1)	名()	1名(1)
サービス提供責任者	介護福祉士	3名()	名()	3名()
	実務者研修修了	名()	名()	
訪問介護員	介護福祉士	名()	10名()	11名()
	実務者研修修了	名()	名()	
	初任者研修修了	名()	1名()	
	2級課程修了者	名()	名()	
	その他(看護師)	名()	名()	

※サービス提供責任者は訪問介護員を兼務。

(3) 従業者の業務内容

職種	業務内容
管理者	従業者の管理、業務の実施状況の把握、その他管理業務
サービス提供責任者	訪問介護計画の作成、申込に係る連絡調整、訪問介護員に対する技術指導
訪問介護員	訪問介護サービスの実施

2. サービス内容

(1) 身体介護	食事の介助	衣服着脱の介助
	排泄の介助	身体の清拭・洗髪
	入浴の介助	外出の介助
	その他必要な身体の介助 等	
(2) 生活援助	調理（配膳・片付けを含む）	生活必需品の買物
	衣類の洗濯、補修	住居などの掃除、整理整頓
	その他必要な生活の援助 等	

※下記のサービスは介護保険給付としてのサービスには含まれません。

◇主にご家族の利便に供する行為・ご家族が行うことが適切と判断される行為
（お客様以外のものに係る家事、ご来客の対応、自家用車の洗車・清掃等）

◇日常生活の援助に該当しないと判断される行為
（草むしり、花木の水遣り、ペットの世話、窓ガラス磨き、植木の剪定、大掃除等）

◇商品の販売や農作業等生業の援助的行為
（田植えや刈入れ、畑の手入れ・・・等）

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、原則として基本料金の1割、2割もしくは3割をご負担いただきます。但し、介護保険の給付の範囲を超えた利用は全額、利用者様負担となります。

利用料は、（別紙）料金表 のとおりです。

(2) 交通費

前記1の（1）の通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。
それ以外の地域の方は、下記のとおり加算されます。

・中山間地域において、通常の事業実施地域以外に居住する利用者にサービス提供した場合

加 算	利用者負担金	
中山間地域等に居住する者への サービス提供加算	（法定代理受領分）	（法定代理受領分以外）
	上記基本料金に5%加算されます。	

(3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金を頂きます。

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡下さい。

●連絡先 はなぐるま介護ステーション （0776-63-5575）

ご利用の24時間前迄にご連絡いただいた場合	無 料
ご利用の12時間前迄に連絡をいただいた場合	当該基本料金の50%
ご利用の12時間前迄に連絡がなかった場合	当該基本料金の100%

※お客様の容体の急変など、緊急且つやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

(4) その他

- ① 利用者様のお住まいで、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様のご負担となります。
- ② 料金のお支払方法
毎月15日頃に前月分の請求を致しますので、月末までにお支払い下さい。
お支払方法は、口座振替または口座振込にてお願い致します。
口座振替の場合は、翌々月の26日にお引き落としとなります。
なお、振替手数料110円が加算されます。

振込先口座	銀行名	福井銀行 さくら通り支店
	口座番号	普通 6177448
	名義	ココテク合同会社

4. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話等でお申込み下さい。
当事業所スタッフがお伺い致します。
訪問介護計画作成と同時に契約を締結し、サービスの提供を開始します。
※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下さい。

(2) サービスの終了

- ① 利用者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下さい。
- ② 自動終了
以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了致します。
 - * 利用者様が介護保険施設や医療施設に入所または入院した場合
 - * 介護保険給付サービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が、非該当(自立)・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。)
 - * 利用者様がお亡くなりになった場合
- ③ その他
 - * 当社が、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には、利用者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することができます。
 - * 利用者様が、サービス利用料金のお支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず期日までにお支払いがない場合、または利用者様やご家族などが当社や当社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、当社は利用者様に対して、理由を示した文書で通知することにより、サービスを終了させていただく場合がございます。

5. 当社の訪問介護サービスの特徴等

(1) 運営の方針

事業所の訪問介護員等は、利用者様の人格と人生観を尊重し、心身の状態を把握した上で、残存機能を活かし、自立した日常生活を営むことができるよう、日常生活全般にわたる介護・支援を行います。
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携に努めるものとします。

(2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
ホームヘルパーの変更の可否	有	ご希望に添えない場合もございます。
男 性 ヘル パ ー の 有 無	無	
従 業 員 へ の 研 修 の 実 施	有	

6. 虐待の防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 藤田 等
-------------	----------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

7. 緊急時及び事故発生時の対処方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合や事故等が発生した場合には、速やかに主治医、当該利用者のご家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者へ連絡を致します。また、事故等が発生した場合には、市町（保険者）等に事故報告の連絡を行います。

主 治 医	名 称		電話番号	
	住 所			
家 族 （ 親 族 ）	氏 名		電話番号	
	住 所			
居宅介護支援事業者	名 称		電話番号	
	住 所			
保 険 者	名 称		電話番号	
	住 所			

8. 損害賠償保険の加入

当社は下記のとおり損害賠償保険に加入しております。利用者様に対するサービス提供により賠償すべき事故等が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

保 険 会 社 名	三井住友海上火災保険株式会社
証 券 番 号	NC12257845-1873

9. 当社の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	ココテク合同会社
代 表 者 役 職 氏 名	代表社員 藤田 等
本 社 所 在 地	福井市志比口3丁目7-9 コーポラス栄101
本 社 電 話 番 号	0776-63-5575
定款の目的に定めた主な事業	1 介護保険法に基づく訪問介護事業 2 上記に付随する一切の業務 . . . 他

10. 秘密の保持

- (1) 従業者に業務上知り得た利用者様又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- (2) 利用者様からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者様の個人情報を用いませぬ。また利用者様の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者様の家族の個人情報を用いませぬ。
- (3) 利用者様又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

11. サービス内容に関する苦情

(1) 事業所お客様苦情担当

はなぐるま介護 ステーション	所在地	福井市志比口3丁目7-9 コーポラス栄101
	T E L	0776-63-5575
	F A X	0776-63-5475
	受付時間	月曜日～金曜日 8:30～17:30 (但し、祝日、8/13～8/15、12/30～1/3を除く)
	担 当 者	藤田 等(管理者)

(2) 苦情相談等の処理体制

①	窓口を担当者が居る場合は、直接対応します。 窓口を担当者が不在時は、他職員が対応し、担当者へ報告します。
②	苦情・相談等の内容をよく伺い、状況を詳しく把握します。
③	担当者が必要と判断する場合には、サービス提供担当職員を中心に検討会議を開き、対応を検討します。
④	検討会議の結果、必ず具体的な対応を迅速に行います。
⑤	苦情対応の記録を保管すると共に改善に活用し、再発防止に努めます。

(3) その他

事業所以外に、市区町村の相談苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

相談苦情窓口等		電話番号
福 井 県	健康福祉部 長寿福祉課	0 7 7 6 - 2 0 - 0 3 3 1
福 井 市	福祉部 介護保険課	0 7 7 6 - 2 0 - 5 7 1 5
福井県国民健康保険団体連合会		0 7 7 6 - 5 7 - 1 6 1 4
福井県運営適正化委員会		0 7 7 6 - 2 4 - 2 3 4 7

12. 第三者による評価の実施状況等

第三者による評価の実施状況	1. あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1. あり 2. なし
	② なし		

◆重 要 事 項 の 説 明

(訪問介護サービスの提供開始にあたり、書面を交付の上、利用者に対して契約書およ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

事業者 住所 福井市志比口 3 丁目 7-9 コーポラス栄 101

事業者名 ココテク合同会社

代表者名 代表社員 藤田 等 印

事業所 所在地 福井市志比口 3 丁目 7-9 コーポラス栄 101

事業所名 はなぐるま介護ステーション

説明担当者 職 名 サービス提供責任者

氏 名 印

◆重要事項の説明を受けた人

(私は、契約書および本書面により、事業者から訪問介護サービスについての重要事項の説明を受け、サービス提供に同意します。)

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

電話 _____

上記代理人 住所 _____

氏名 _____ 印

電話 _____

利用者家族 住所 _____

続柄 ()

氏名 _____ 印

電話 _____

(別紙) 料金表

【基本料金】

地域区分：7 級地 (10. 21)

区分	1 回あたりの所要時間	基本利用料金	利用者負担額		
			1 割	2 割	3 割
身体介護	20分未満（頻回の訪問を除く。）	1, 664 円	167 円	333 円	500 円
	20分以上30分未満	2, 491 円	250 円	499 円	748 円
	30分以上1時間未満	3, 951 円	396 円	791 円	1, 186 円
	1時間以上	5, 789円に30分を増すごとに 837円を加算	579円に30分を増すごとに 84円を加算	1, 158円に30分を増すごとに 168円を加算	1, 737円に30分を増すごとに 252円を加算
身体介護に引き続き生活援助を行った場合 （身体介護の所要時間が20分以上の場合に限る。）		所要時間が20分から起算して25分を増すごとに 663円を加算 （1, 990円を限度）	所要時間が20分から起算して25分を増すごとに 67円を加算 （199円を限度）	所要時間が20分から起算して25分を増すごとに 133円を加算 （398円を限度）	所要時間が20分から起算して25分を増すごとに 199円を加算 （597円を限度）
生活援助	20分以上45分未満	1, 827円	183 円	366 円	549 円
	45分以上	2, 246円	225 円	450 円	674 円

※上表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、お客様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。

※上記単位数に対して、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。

※やむを得ない事情で、且つお客様の同意を得て、2 人で訪問した場合は、2 人分の料金となります。

※（利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）

上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

【加算料金】

加算の種類	基本利用料金	利用者負担額		
		1 割	2 割	3 割
初回加算	2, 042 円／月	205 円／月	409 円／月	613 円／月
緊急時訪問介護加算	1, 021 円／回	103 円／回	205 円／回	307 円／回
特定事業所加算 I	介護報酬単位数の 20%加算＜1 単位未満の端数四捨五入＞			
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	介護報酬単位数の 5%加算＜1 単位未満の端数四捨五入＞			

介護職員等処遇改善加算 I	上記基本料金及び加算料金に介護職員等処遇改善加算 I が加算されます。 介護報酬総単位数(基本サービス費＋各種加算減算)×サービス別加算率(24.5%)<1単位未満の端数四捨五入>×1単位の単価(10.21)<切り捨て> なお、介護職員等処遇改善加算の利用者負担額(1割)は、上記額－(上記額×0.9(1円未満切り捨て))、(2割)は、上記額－(上記額×0.8(1円未満切り捨て))、(3割)は、上記額－(上記額×0.7(1円未満切り捨て))です。
---------------	---

※初回加算、緊急時訪問介護加算は該当月に適用します。

*** 利用者負担額(1割)の算出方法**

基本料金及び加算料金の1ヶ月のサービス合計単位数×10.21円＝〇〇円(1円未満切り捨て)
 〇〇円－(〇〇円×0.9(1円未満切り捨て))＝△△円(利用者負担額)