

訪問介護 重要事項説明書

《 2024年6月1日現在 》

1. 和・介護ステーション矢掛の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	和・介護ステーション矢掛
所在地	岡山県小田郡矢掛町小田 5193 番地 6
電話	0866-63-4822
F A X	0866-63-4821
管理者	岡 里美
介護保険指定番号	岡山県 3372800445 号
サービスを提供する地域	矢掛町
営業日	月・火・水・木・金
営業時間	9:00~18:00
休業日	8月13日~8月15日、12月30日~1月3日、祝日
サービスの提供	上記休業日を除く。 但し、休業日、夜間も相談に応じます。

(2) 職員体制

	常勤	非常勤	計
管理者	1名	名	1名
サービス提供責任者	2名以上	以上	2名以上
訪問介護員	1名以上	5名以上	6名以上

※ 管理者及び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、その他の管理業務
サービス提供責任者	訪問介護計画を作成、申込みに係る連絡調整、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
	その他必要な家事	等

3. 利用料金

(1) 利用料

法定代理受領サービスに該当する訪問介護の提供を受ける場合は、原則として基本料金に介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額です。

区分支給限度基準額を超えた費用は全額自己負担となります。

【 基本料金 】

	20分未満	20分～ 30分未満	30分～ 60分未満	60分～ 90分未満	30分増すご とに
身体介護	1,630円	2,440円	3,870円	5,670円	820円を加算

	20分～45分未満	45分以上
生活援助	1,790円	2,200円

	20分以上	45分以上	70分以上
身体介護に続く生活援助	650円	1,300円	1,950円

- ※ 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、利用者様の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた訪問介護を行うに要する標準的な時間とします。
- ※ 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。

【 加算料金 】

初回加算	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)
2,000円/月	所定単位数(※)×22.4%

初回加算は該当月に適用されます。

(※)所得単位数は、基本料金に各種加算減算を加えた総単位を示します。

(2) 交通費

前記1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、訪問介護員がお訪ねするための通常の事業実施地域を越えたその交通費の実費が必要です。

但し、自動車を利用した場合は、通常の事業実施地域を越えたその路程1km当たり20円を実費として頂きます。

(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 和・介護ステーション矢掛 0866-63-4822

ご利用前日の営業時間内迄にご連絡いただいた場合	無 料
ご利用前日の営業時間内以降にご連絡いただいた場合	サービス提供時間 15分毎につき500円

※利用者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 【 集金 ・ 口座振替 】

集金：毎月 15 日前後に前月分の請求を致しますので、月内にお支払下さい。

口座振替：毎月 15 日前後に前月分の請求を致します。

翌々月の 4 日に引き落としとなります。

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。

重要事項の説明を行い契約を締結し、訪問介護計画作成ののちに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) 感染症と診断された場合

流行性感染症（インフルエンザ等）と診断された場合、BCP に基づきサービス内容を検討いたしますので必ずお知らせください。

(3) 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 週間前までに文書により解約をお申出下さい。

② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了致します。

* 利用者様が介護保健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、利用者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かかわらず 7 日以内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。

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、利用者様等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	有	
従業員への研修の実施	有	

6. 緊急時及び事故発生時の対処方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、速やかに主治医、当該利用者様のご家族、当該利用者様に係る居宅介護支援事業者へ連絡を致します。また、事故が発生した場合にも市町村（保険者）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

連絡先	名称・氏名	住所	電話番号
保 険 者			
主 治 医			
家 族（親 族）			
居宅介護支援事業所			

7. 損害賠償保険の加入

保 険 会 社 名	損保ジャパン株式会社
証 券 番 号	NO 20980799

上記、損害賠償保険に加入しております。利用者様に対する指定訪問介護の提供により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。

* 経年劣化及びそのもの自体の不具合による故障、破損等の際には弁償できません。

8. 当社の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	株式会社シフト
代 表 者 役 職 氏 名	代表取締役 栢原 隆行
本 社 所 在 地	岡山県倉敷市真備町市場 3090 番地
本 社 電 話 番 号	086-698-1916
定款の目的に定めた事業	1 介護保険法による訪問介護 及び介護保険法に基づく第1号訪問事業 2 上記に付随する一切の業務 ……他

9. サービス内容に関する苦情

(1) 事業所お客様苦情担当

担 当		電 話
和・介護ステーション矢掛	管理者 岡里美	0866-63-4822
苦情対応日時		
(月) ~ (金) ; 祝日、8/13~8/15、12/30~1/3 を除く		9:00~18:00

(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。

担 当	電 話	受付時間
矢掛町役場 保健福祉課	0866-82-1013	8:30~17:15 (土・日・祝・12/29~1/3 除く)
岡山県国民健康保険団体連合会	086-223-8811	8:30~17:00 (土・日・祝・12/29~1/3 除く)

重要事項の説明担当者

年 月 日

株式会社シフト 代表取締役 栢原隆行

和・介護ステーション矢掛 氏名 岡 里美

利 用 者

年 月 日 氏名 _____

上 記 代 理 人

年 月 日 氏名 _____ (続柄: _____)

利 用 者 家 族 代 表

年 月 日 氏名 _____ (続柄: _____)