

重要事項説明書

1. 事業者概要

法人名……………社会福祉法人 恒仁会
事業所名……………ヘルパーステーション瀬名
所在地……………静岡県静岡市葵区瀬名 4701 番 9
電話番号……………054-264-0222
法人代表者……………理事長 伊藤 恒道
事業所管理者……………杉山 清美
法人設立年月……………平成 9 年 8 月 20 日
事業所開設年月……………平成 12 年 4 月 1 日

2. 事業実施地域及び営業時間

実施地域……………静岡市
営業日……………月～金 (ただし必要に応じて土曜日も営業)
(祝日及び 12/30～1/3 を除く)
営業時間……………8 時 30 分～17 時 30 分

3. 職員の体制

管理者……………1 名 サービス提供責任者・2 名

- ・ 常勤 介護福祉士 2 名
 ヘルパー 2 級 1 名
- ・ 非常勤 介護福祉士 1 名

4. サービス内容

身体介護：入浴・排泄・食事などの介助
生活援助：洗濯・掃除・買物・調理などの日常生活上の支援

◆要介護状態区分等が【要支援】の場合、

- ・ 上記のサービスは、例えばご利用者が行う調理を訪問介護員が見守りながら**一緒に行う**など、ご利用者が有する能力を最大限活用するような方法によって行います。
- ・ サービスの実施頻度は、介護予防ケアプランにおいて、1 週間あたりのサービス提供頻度(支給区分)が示され、これを踏まえ、介護予防居宅サービス計画書に具体的な実施日、時間、内容等を定めます。

5. 利用料金（第 1 号訪問事業適用）

基本料金（6 級地：単価 10. 42 円）

◆要介護状態区分が【要支援】の場合（介護予防訪問介護相当サービス利用）

- * 料金は 1 ヶ月毎の定額制です。
- ・ご利用者の体調不良等により、計画に定めた日数よりも利用が少なかった場合、又は多くなった場合でも、日割りでの割引又は増額はしません。
- ・月途中からの利用開始や、月途中で利用終了の場合も日割り計算は行いません。
- * 料金はサービス計画に定められた支給区分により、次の通りとなります。

支給区分 (1 週間あたりの サービス提供頻度)	単位数	自己負担金 1 割負担 (1 ヶ月)	自己負担金 2 割負担 (1 ヶ月)	自己負担金 3 割負担 (1 ヶ月)
I (おおむね週 1 回)	1176	1, 225 円	2, 451 円	3, 676 円
II (おおむね週 2 回)	2349	2, 448 円	4, 895 円	7, 343 円
III (おおむね週 3 回)	3727	3, 884 円	7, 767 円	11, 651 円

※介護職員処遇改善加算として、上記の所定単位数及び自己負担金に 18. 2% を加算させていただきます。

- ☆サービス提供責任者が初回実施または同行した場合、『初回加算』として 200 単位を加算させていただきます。これは介護職員処遇改善加算の対象です。
- ☆緊急の要請でケアマネと連携で計画外の訪問介護を実施した場合、『緊急時訪問介護加算』として 100 単位を加算させていただきます。これは介護職員処遇改善加算の対象です。

6. 利用料金のお支払い方法

前記の料金は、1 か月ごとに計算し、ご請求致しますので、利用の翌月 20 日にしずおか焼津信用金庫の口座自動引き落としの方法でお支払い下さい。

7. 守秘義務について（契約書 第 9 条参照）

- ・事業者及びその従業員は、サービスを提供する上で知り得たご利用者及びその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は契約を終了した後も継続します
- ・事業者はご利用者に医療上緊急性がある場合には、医療機関等にご利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします
- ・文書において事前に同意を得た上で、ご利用者に係るサービス担当者会議等において、ご利用者又はその家族等の個人情報を用いることができ

るものとします。

8. 訪問介護員の禁止行為について（契約書 第10条参照）

訪問介護員は、ご利用者に対する介護予防訪問介護相当サービスの提供にあたり、

次に該当する行為を行いません

- ・ 医療行為
- ・ ご利用者の家族に対する介護予防訪問介護相当サービスの提供
- ・ ご利用者又はその家族等からの金銭、高価な物品の授受
- ・ ご利用者又はその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

9. 苦情受付窓口

- ・ 担 当 原崎 有紀枝
- ・ 電話番号 054-264-0222（月曜日～金曜日 8:30～17:30）

10. 第三者評価

- ・ 実施しておりません

行政機関その他苦情受付機関

- ・ 静岡市 葵区役所 高齢介護課・・・054-221-1180
- ・ 静岡県国民健康保険団体連合会・・・054-253-5590
- ・ 静岡県社会福祉協議会……………054-254-5237

令和 年 月 日

私は、本書面に基づいて事業者から介護予防訪問介護相当サービスについての重要事項の説明を受けました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人（本人が自署できない場合）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

介護予防訪問介護相当サービスの提供開始にあたり、ご利用者に対して、本書面に基づき、重要事項の説明をしました

事業者

所在地 静岡市葵区瀬名4701番9

名 称 社会福祉法人 恒 仁 会
ヘルパーステーション瀬名

説明者 サービス提供責任者

印