

重 要 事 項 説 明 書

(訪問介護・予防専門型訪問サービス)

利用者様に対する訪問介護サービス提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者が利用者様に説明すべき重要事項は、次の通りです。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 清 明 福 祉 会
法人所在地	名古屋市守山区青葉台206
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 石川 佳樹
電話番号	052-736-5775

2 事業所

事業所の名称	ヘルパーステーション 建国ビハーク
事業所番号	2371300779
事業所の所在地	名古屋市守山区青葉台206
管理者名	岡 千代子
電話番号	052-736-5775
ファクシミリ番号	052-736-5278
サービスを提供する 地域	介護：守山区、千種区、東区、北区、名東区、瀬戸市、尾張旭市、 春日井市 予防専門型：守山区、千種区、東区、北区、名東区

3 併設事業所

事業の種類		愛知県知事の事業者指定		利用 定数	名古屋市基準 該当サービス
		指定年月日	指定番号		
施設	特別養護老人ホーム	12年 4月 1日	2371300126	64人	該当
居宅	通所介護	12年 3月 28日	2371300373	25人	該当
	短期生活介護	12年 3月 28日	2371300126	16人	該当
居宅介護支援事業所		11年 11月 30日	2371300259		

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的 要介護状態（要支援状態）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。

運営の方針 1. 利用者様の人格を尊重し、常に利用者様の立場に立ったサービスの提供を致します。

2. 利用者様、又はその家族に対しサービス内容及び提供方法を分かりやすく説明します。

3. 適切な介護技術をもってサービスを提供します。

4. 常に提供したサービスの質の管理・評価を行ないます。

（利用者様の状態変化に関わる気付き等を居宅介護支援事業者等のサービス関係者に情報共有を行い、連携を図っていきます）

5. 居宅サービス計画にそったサービスを提供します。
6. 事業所は居宅介護支援事業所のケアマネジャーに対して、自身の事業所のサービス利用に関わる不当な働きかけは行いません。

5 職員体制

職種	員数	勤務の体制
ホームヘルパー	9名	常勤2名・非常勤7名

6 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

訪問介護：守山区、
予防専門型：守山区

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から日曜日
休業日	12月30日～1月2日と事業所が指定する日を休日とします。
サービス提供時間	訪問介護：午前7時～午後7時 予防専門型：午前8時～午後5時30分

7 当事業所が提供するサービス

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

種 類	内 容	
身体介護	入浴介助	入浴の介助または、入浴が困難な方は体を拭く（清拭）などを行います。
	排泄介助	排泄の介助、おむつ交換を行います。
	食事介助	食事の介助を行います。
	体位変換	体位の変換を行います。
	通院介助	通院の介助を行います。 (利用者及びヘルパーの交通費は原則ご利用者の負担となります)
生活援助	調 理	ご利用者の食事の用意を行います。
	洗 濯	ご利用者の衣類等の洗濯を行います。
	掃 除	ご利用者の居室の掃除を行います。
	買い物	ご利用者の日常生活に必要な物品の買い物をを行います。 (預貯金の引き出しや預け入れは行いません)

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

区 分	内 容
訪問介護 サービス	介護保険給付の限度額を超えてサービスを利用される場合。 通院介助での診察待ち時間、院内付添等サービス計画で該当しない部分等。
交 通 費	サービス実施地域以外にお住まいの方は、事業所の実施地域を超える地点から片道1kmあたり100円申し受けます。 買い物代行時、車を使用する場合において、交通費として1回100円申し受けます。

*** 実費分 10分単位 400円 申し受けます。**
(10分未満 400円 10分を超えるごとに400円加算されます。)

8 サービスの内容に関する苦情

- ・ 苦情相談窓口 担当 内藤 紀子 解決責任者 岡 千代子
電話 052-736-5775
- ・ 国保連合会相談窓口 電話 052-971-4165
- ・ 第三者評価機関 あいち福祉オンブズマン事務局
電話 052-963-0338
- ・ 名古屋市健康福祉局高齢福祉部介護指導課 電話 052-972-3087
- ・ 春日井健康福祉部介護保険課 電話 0568- 85-6182
- ・ 尾張旭市健康福祉部長寿課介護保険係 電話 0561- 76-8144
- ・ 瀬戸市高齢者福祉課 電話 0561- 88-2621
- ・ 江南市役所高齢者生きがい課 電話 0587- 54-1111

9 サービス利用料

介護保険給付対象

【訪問介護サービス】

区 分		20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上
身体 介 護	単位数	275	436	637
	利用料	3038 円	4817 円	7038 円
	自己負担額 (1割負担)	304 円	482 円	704 円
区 分		20分以上 45分未満	45分以上 1時間未満	
生 活 援 助	単位数	201	248	—
	利用料	2221 円	2740 円	—
	自己負担額 (1割負担)	223 円	274 円	—
区 分		生活援助 (20 分 以上 45 分未満) を行った場合	生活援助 (45 分以上 70 分未 満) を行った場 合	生活援助 (70 分以上) を行った場合
身体介助(20分以上30分未満)に引き続き 生活援助を行う場合	単位数	349	422	496
	利用料	3856 円	4663 円	5480 円
	自己負担額 (1割負担)	386 円	467 円	548 円

【予防専門型訪問介護サービス】

区分	単位	利用料	自己負担額 (1割負担)
訪問型サービスⅠ	1176	12,994 円	1,300 円
訪問型サービスⅡ	2349	25,956 円	2,596 円
訪問型サービスⅢ	3727	41,183 円	4,119 円

【加算】

加算内容略称	単位数	利用料	自己負担額 (1割負担)
初回加算	200	2,210 円	221 円
緊急時訪問介護加算	100	1,105 円	111 円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数に 13.7%を乗じた単位数を加算		
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	所定単位数に 4.2%を乗じた単位数を加算		

【その他】 上記は1割負担の料金になっています。介護保険負担割合証に記載された割合に応じて料金が異なります。また午前7時～8時、夜間6時～7時までは25%加算されます。

2人の訪問介護員が、共同でサービスを行う必要がある場合には、ご利用者の同意を得た上で通常料金の2倍の料金を頂きます。

10 キャンセル料

前日の午前中キャンセル	キャンセル料 : なし
前日の午後キャンセル	キャンセル料 : なし
当日のキャンセル	キャンセル料 : 1,000円

11 その他

ご自宅での実施記録(テレッサ)保管用にA5ファイル1冊をご用意下さい。
必要な方は1冊60円で申し受けます。

12 苦情等申立先

ご利用者の 相談窓口	窓口担当者	サービス提供責任者	櫛田 陽子
	苦情解決責任者	管理者	岡 千代子
	ご利用時間	午前9時～午後5時	
	ご利用方法	担当者まで直接または電話でご相談ください。	

13 オンブズマン

オンブズマンの名称 あいち福祉オンブズマン事務局
所在地 名古屋市中区丸の内3-5-35弁護士ビル1004号
水谷博昭法律事務所内
電話番号&FAX 052-963-0338

1 4 緊急時の対応

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従うとともに、緊急連絡先に連絡致します。		
利用者の主治医	氏 名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏 名	
	住 所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	

1 5 サービス利用に関する留意事項

訪問介護員	サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定いたします。但し、実際のサービスの提供にあたっては複数の訪問介護員が交替してサービスを提供致します。
訪問介護員の交替	①事業所の都合により、訪問介護員を変更することがあります。 ②選任された訪問介護員の交替を希望される場合は、当該訪問介護員が業務上不適当とみとめられる事情や交替を希望する理由を明らかにし、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出る事が出来ます。但し、ご利用者から特定の訪問介護員の指定は出来ません。
定められた業務以外の禁止	ご利用者は「7. 当事業所が提供するサービス」で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することは出来ません。
備品等の使用	訪問介護サービスの実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気も含む）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する電話等も使用させていただきます。
サービス内容の変更	サービス利用当日にご利用者の体調不良等の理由で予定されていたサービスが出来ない場合にはサービス内容の変更を行います。その場合は、事業者は変更した内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

1 6 訪問介護員の禁止行為

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 医療行為 ② ご利用者もしくはその家族からの金銭、高価な物品の授受 ③ 飲酒、同意なしに行う喫煙 ④ その他ご利用者その他家族に行う迷惑行為 |
|---|

私は、本書面に基ついて乙の職員（職名 サービス提供責任者 氏名 _____）から
上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和____年____月____日

利用者 住所 _____

 氏名 印

利用者の家族等 住所 _____

 氏名 印

 続柄 _____