

訪問介護重要事項説明書
(訪問型サービス)

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 0979-43-6360 (月～金 8:30～17:30)

担当 江田 小百合 (サービス提供責任者)

※ご不明な点は、何でもお尋ね下さい。

2 事業所の概要

(1) 事業所の名称、所在地

事業所名	ヘルパーステーション箭海荘
所在地	大分県中津市三光森山 810 番地 1
介護保険指定番号	4470301245

(2) 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者(兼務)	介護福祉士 介護支援専門員	1 名		業務全般の管理	1 名
サービス 提供責任者	介護福祉士	1 名		サービス管理全般	1 名
事務職員			1 名	事務全般	1 名
訪問 介護 員	介護福祉士		5 名	介護・援助・相談等	5 名
	ヘルパー1 級			介護・援助・相談等	
	初任者研修			介護・援助・相談等	8 名
	ヘルパー2 級		8 名	介護・援助・相談等	

(3) サービスの提供時間帯

	通常時間帯 8:30 ～17:30	早朝 6:00 ～8:00	夜間 18:00 ～22:00	深夜 22:00 ～6:00	備 考
平 日	○	○	○	△	
土・祭日	○	○	○	△	

※ ○印は、サービス提供可能な時間帯です。

※ △印は身体状況、生活状況によってご相談対応いたします。

※ 時間帯外は対応時間により料金が異なります。

3 サービス内容

(1) 身体介護

- 食事介助 ○ 体位変換・清拭等 ○ 着脱・整容 ○ 入浴介助
○ 買い物の同行 ○ 排泄介助 ○ 通院の付き添い 等

(2) 生活援助

- 買い物 ○ 調理 ○ 掃除 ○ 洗濯 等

(3) その他サービス

- 介護相談 等

4 利用料金

(1) 訪問介護利用料

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割です。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負担となります。

【料金表—基本料金・昼間—】 単位数（同一敷地内減算）×利用回数

利用料金	20分未満	20分～30分	30分～1時間	1時間以上	30分を増すごとに
利用単位	163単位	244単位	387単位	567単位	82単位
身体介護	×利用回数	×利用回数	×利用回数	×利用回数	82円
	緊急時訪問介護加算 100単位 1,000円				
生活援助	20分以上45分未満		45分以上		
	179単位	×利用回数	220単位	×利用回数	
初回加算	200単位（初回訪問時の月）			200円	

※ 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）帯は50%増しになります。

※ 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、お客様の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた時間（単位数）を基準とします。

※ やむを得ない事情により、利用者様または、ご家族様の同意を得て、2人で訪問した場合には、2人分の料金となります。

※ 介護保険の適用を受けないサービスは全額自己負担となり利用単位数の10割となります。

(2) 訪問型サービスの利用料

区 分	対 象	1週間あたりの利用回数	利用単位	自己負担分
訪問型サービスⅠ	事業対象者 要支援1・2	1回程度	1,176単位	1,176円
訪問型サービスⅡ	事業対象者 要支援1・2	2回程度	2,349単位	2,349円
訪問型サービスⅢ	事業対象者 要支援1・2	3回程度	3,727単位	3,727円

1. 初回訪問加算…初回訪問時 1 回 2,000 円（自己負担分 200 円）が加算されます。
2. 介護職員処遇改善加算（Ⅱ-ロ）
基本サービスにより算定した単位数の 1,000 分の 266 に相当する額。

(3) 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。至急ご連絡ください。

(連絡先 0979-43-6360)

利用の 24 時間前までにご連絡いただいた場合	無 料
利用の当日直前までご連絡がなかった場合	当該基本料金の 10%

(4) その他

1. ご利用者のお住まいで、サービスを提供するために使用する水道、ガス、電気等の費用はお客様のご負担になります。
2. 料金の支払い
原則として、毎月 15 日頃までに前月分の請求書を発送いたしますので、月末日までにお支払い下さい。お支払い方法は、銀行振込・窓口支払いでお願いいたします。
3. 料金の変更
介護保険関係法令の改正等により料金に変更になる場合は、事前に説明をし、ご承諾いただきます。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、電話等でお申し込み下さい。当事業所職員がお伺いします。契約を結び、訪問介護計画（訪問型サービス計画）を作成し、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. ご利用者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一週間前までに文書でお申し出下さい。
2. 当事業所の都合でサービスを終了する場合
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 ヶ月前までに文書で通知いたします。

(3) 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いたします。

1. ご利用者が介護保険施設に入所した場合
介護保険給付で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）と認定された場合
2. ご利用者がお亡くなりになった場合
3. ご利用者が遠隔地へ転居した場合

(4) その他

ご利用者がサービス利用料金の支払いを1ヶ月以上延滞し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず15日以内に支払わない場合、正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、入院もしくは病気などにより1ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合。又は、ご利用者やご家族などが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、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合もございます。

6 当事業所の訪問介護（訪問型サービス）サービスの特徴

(1) 運営方針

1. 利用者を、可能な限り居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう入浴、排泄、食事の介助、その他の生活全般にわたる援助を行うことにより、ご利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持、並びの利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るような援助を行います。
2. 事業の実施に当たっては、関係市区町村、地域の保険・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供に努めます。

(2) サービス利用のために

事 項	有無	内 容 等
男性介護員の有無	有	
時間延長の可否	有	
従業員への研修実施	有	随時実施

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化があった場合は、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。

緊急連絡先	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
	続 柄	
主治医	病院または診療所名	
	医 師 名	
	住 所	
	電 話 番 号	

8 サービス内容に関する相談・苦情

○苦情担当相談、要望、苦情等の窓口

訪問介護（訪問型サービ）に関する相談、要望、苦情等はサービス提供責任者か下記窓口までお申し出ください。

ヘルパーステーション箭海荘

サービス提供責任者 江田 小百合 電話：0979-43-6360

管 理 者 中野 浩子 電話：0979-43-6360

受付時間 月曜日から金曜日 8：30～17：30

☆苦情解決体制

直心会苦情解決委員会

区 分	氏 名	所属・職	職 務
第 三 者 委 員	山本 勉	中津市民生委員	苦情内容の報告聴取、立会い、助言、意見聴取等により、苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を行います。
〃	深水 孝行	人権擁護委員	
〃	松尾 慶一	社会福祉士	
苦情解決責任者	原田 知典	つくし園・すぎな園施設長	苦情解決の責任主体を明確にする、最高責任者です。
〃	村井 正則	修光園施設長	
〃	佐藤 大輔	望箭荘施設長	
〃	三浦 晃史	望箭荘やまくに施設長	
		望箭荘グループホーム山国代表	
〃	佐藤 大輔	有料老人ホーム箭海荘施設長	苦情の受付、内容、利用者の以降の確認と記録、報告等、利用者が苦情の申し出をしやすい環境を整えます。
苦情受付担当者	奥永 かおり	つくし園副看護師長	
〃	工藤 歩	つくし園指導課課長	
〃	横山 辰也	修光園業務課課長	
〃	惣路 和人	特別養護老人ホーム望箭荘業務課課長	
〃	中野 浩子	有料老人ホーム箭海荘管理者 通所介護・訪問介護管理者	
〃	掛橋 健一	望箭荘やまくに事業課主任	
〃	栗野 一平	望箭荘グループホーム山国	
		管 理 者	

9 当法人の概要

- (1) 名称・法人種別 社会福祉法人 直心会
 (2) 代表者役職名・氏名 理事長 梶 原 諭
 (3) 所在地 大分県中津市三光森山 823 番地 2
 (4) 電話番号 0979-43-6181
 (5) 運営する施設 特別養護老人ホーム
 ショートステイサービス
 デイサービスセンター
 グループホーム
 身体障害者療護施設
 身体不自由児施設

令和 年 月 日

訪問介護（訪問型サービス）の提供にあたり、契約者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者 社会福祉法人 直心会
 所在地 大分県中津市三光森山 810 番地 1
 事業所 ヘルパーステーション箭海荘
 説明者 サービス提供責任者 江田 小百合 ㊞

私は、契約書及び本書面により、事業者から訪問介護（訪問型サービス）についての重要事項の説明を受けました。

利用者名

〈 住 所 〉 _____

〈 氏 名 〉 _____ ㊞

代理人：続柄 _____

〈 住 所 〉 _____

〈 氏 名 〉 _____ ㊞

個人情報利用同意書

令和 年 月 日

社会福祉法人 直心会
 ヘルパーステーション 箭海荘
 サービス提供責任者 江田 小百合

利用者名

〈 住 所 〉 _____

〈 氏 名 〉 _____ (印)

家族の代表

〈 住 所 〉 _____

〈 氏 名 〉 _____ (印)

私は、社会福祉法人 直心会 ヘルパーステーション箭海荘と令和 年 月 日
 付けで締結した「訪問介護・訪問型サービス利用契約書」に基づく訪問介護計画書
 (訪問型サービス計画) の作成にあたり、下記の事項に同意します。

記

- 1 訪問介護計画書（訪問型サービス計画書）作成にあたり用いること。
- 2 居宅介護支援事業者が開くサービス担当者会議、介護サービス提供時、医療機関への受診時、行政機関への資料提供時等において契約者の個人情報並びに家族の個人情報を
用いること。

以 上