

日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（訪問介護サービス（現行相当））重要事項説明書
<令和6年6月1日現在>

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 三秋会
代表者名	理事長 長 澤 茂
所在地・連絡先	(住所) 岩手県一関市中央町二丁目4番2号 (電話) 0191-21-0613 (FAX) 0191-21-0677

2 事業所の概要

事業所名	やまゆりヘルパーステーション
所在地・連絡先	(住所) 岩手県一関市千厩町千厩字宮敷45番地1 (電話) 0191-52-5612 (FAX) 0191-52-5612
事業所番号	0372700567
管理者の氏名	所長 菅原知恵

3 事業の目的

介護保険法等の関係法令に基づき、要支援状態にある高齢者等に対し、適正な訪問介護サービスを提供することを目的とします。

4 運営方針

- ① 利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持若しくは改善を図り、要介護状態になることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事の介護その他の生活全般にわたる支援を行うことにより、利用者の生活機能の維持又は向上を目指し、支援します。
- ② 事業の実施に当たっては、関係市町村、広域行政組合、地域包括支援センター、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供に努めます。

5 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分				職務の内容
		常勤(人)		非常勤(人)		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			事業所の業務、従業者の総括管理
サービス提供責任者	2	1	1			訪問介護サービス計画の作成、説明、交付等
訪問介護員	介護福祉士	1	1			訪問介護計画に沿った、訪問介護サービスの提供
	介護職員実務者研修修了者					
	介護職員初任者研修修了者	1	1			

6 事業の実施地域

事業の実施地域	一関市（千厩町、大東町、東山町、室根町、川崎町、藤沢町に限る）
---------	---------------------------------

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

7 営業日（営業時間）

営業日	月曜日～日曜日（休業日なし）
営業時間	8:30～17:30 居宅サービス計画により、営業時間の繰上及び延長あり

※ 上記の営業時間のほか、電話等により常時連絡が可能な体制をとっています。

8 サービスの内容

① 身体介護

- ・ 食事介助
- ・ 清拭・入浴介助・身体整容・更衣介助
- ・ 排泄介助（トイレ・ポータブルトイレ・おむつ）
- ・ 歩行介助、通院、外出介助
- ・ 自立生活支援のための見守りの援助
- ・ 体位変換、移動、移乗介助
- ・ 起床、就寝介助
- ・ 相談、申請支援等
- ・ 服薬介助

② 家事援助

- ・ 買い物、薬の受け取り
- ・ 掃除
- ・ シーツ交換、布団カバーの交換
- ・ 調理、配下膳
- ・ 洗濯
- ・ 衣類の整理・被服の補修等

9 費用（利用料金）

① 介護保険給付対象サービス

介護保険の適用がある場合は、原則として介護保険の給付にかかる額の1割又は2割、若しくは3割が利用者の負担額となります。

【料金表】訪問介護相当サービス費

対象者	サービスの内容	1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者 要支援1・2	週1回程度の訪問	1, 176円/月	2, 352円/月	3, 528円/月
事業対象者 要支援1・2	週2回程度の訪問	2, 349円/月	4, 698円/月	7, 047円/月
要支援2	週2回を超える 程度の訪問	3, 727円/月	7, 454円/月	11, 181円/月

《その他の加算金額》

訪問介護初回加算	新規に訪問介護計画を作成し、初回、初回に実施した訪問介護と同月内にサービス提供責任者が自ら訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合	1月につき200円 (2割負担) 1月につき400円 (3割負担) 1月につき600円
生活機能向上連携加算(I)	サービス提供責任者が、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師又は理学療法士等の助言に基づき、生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成し訪問介護を行った場合	1月につき100円 (2割負担) 1月につき200円 (3割負担) 1月につき300円
生活機能向上連携加算(II)	サービス提供責任者が、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師又は理学療法士等の同行訪問などによって、共同して身体状況評価を行い、生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成、連携した訪問介護を行った場合	1月につき200円 (2割負担) 1月につき400円 (3割負担) 1月につき600円
口腔連携強化加算	訪問介護員等が利用者の口腔の健康状態の評価を実施し、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、情報提供を行った場合	1月につき50円 (2割負担) 1月につき100円 (3割負担) 1月につき150円

中山間地域等における小規模事業所加算	厚生労働大臣が定める地域に所在する事業所が、サービス提供を行った場合	所定単位数の10%を加算
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣が定める地域に居住する利用者に対し、通常の事業の実施地域を越えて、サービス提供を行った場合	所定単位数の5%を加算

※ 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合は、上記料金に対し10%が減算となります。

※ 本事業所は、サービス利用料金及び上記に該当する加算を加えた額に対し介護職員等処遇改善加算（I）として24.5%加算となります。（厚生労働大臣が定める基準に適合。）

※ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。

※ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は介護保険給付額の全額（上記料金表の利用料金×10円）をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。サービス提供証明書と領収書は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

② その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気等の費用は、お客様の負担となります。

③ 利用料等のお支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、その月の月末までにお支払いください。

※ お支払い方法は、現金、口座振替（引落）、銀行振込の3方法があります。

※ 口座振替（自動引落）をご希望の方はお申し出ください。

※ 銀行振込の場合は請求書に記載の振込先口座にお振込ください。

※ 入金確認後、領収書を発行します。尚、領収書の再発行は出来かねますので、ご了承ください。

10 サービス内容に関する苦情等相談窓口

① 当事業所における苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者	所長	菅原知恵
	窓口担当者	サービス提供責任者	佐藤里花
	ご利用時間	8:30～17:30	
	ご利用方法	電話（0191-52-5612） 投書箱 （介護老人保健施設やまゆり事務室前に設置）	

② 当事業所以外の苦情相談窓口

岩手県国民健康保険団体連合会 保健介護課	所在地	盛岡市大沢川原三丁目7番30号	
	電話	019-604-6700	
	FAX	019-604-6701	
	受付	9:00～17:00 （土曜、日曜、祝祭日、12/29～1/3は除く）	
一関地区広域行政組合 介護保険課	所在地	一関市竹山町7番2号	
	電話	0191-31-3223	
	受付	8:30～17:15 （土曜、日曜、祝祭日、12/29～1/3は除く）	
その他	所在地の各市町村介護保険担当課（介護保険の相談苦情窓口）		

11 事故発生時・緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合または事故が発生した場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

また、サービスの提供にあたって、賠償すべき事故が発生した場合は、契約書第15条により、その損害を賠償します。

主治医及び病院名	病 院 名 及 び 所 在 地 等	
	主治医氏名	
	電 話 番 号	

緊急時連絡先（家族等）	氏名（続柄）	()
	住 所	
	電 話 番 号	

12 秘密保持及び個人情報保護

事業者、従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密・個人情報を保持します。但し、介護支援上必要ある場合（別紙「個人情報の利用目的」の範囲内）については、利用者及びその家族の情報を使用します。

13 担当のサービス提供責任者

あなたを担当するサービス提供責任者は _____ ですが、やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡を致します。

14 お客様へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証・介護保険負担割合証等提示してください。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、訪問介護サービスの内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住 所 事業所（法人）名 事業所名	岩手県一関市千厩町千厩字宮敷45番地1 医療法人 三秋会 やまゆりヘルパーステーション
説明者	職 名 氏 名	印

私は、重要事項説明書に基づいて、訪問介護サービスの内容及び重要事項の説明を受け、訪問介護サービスに同意します。

令和 年 月 日

利用者	住 所 氏 名	印
-----	------------	---

代理人	住 所 氏 名	印
-----	------------	---

【本契約書第 10 条の請求書・明細及び領収書の送付先】

請求書及び領収書送付先	氏名（続柄）	()
	住 所	
	電 話 番 号	