

訪問ヘルプサービス サンシニア河津  
重要事項説明書

当事業者が提供する訪問介護及び介護予防訪問介護の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

事業者の名称	訪問ヘルプサービス サンシニア河津
主たる事務所の所在地	静岡県賀茂郡河津町田中 520-1
電話番号	0558-32-3201
法人の種別及び名称	社会福祉法人 南寿会
代表者職	理事長
代表者氏名	真下 和人

事業所の名称	訪問ヘルプサービス サンシニア河津
事業所の所在地	静岡県賀茂郡河津町田中 520-1
介護保険事業所番号	2270100338
指定年月日	平成16年6月1日
交通の便	伊豆急電鉄 河津駅徒歩15分
通常の事業の実施地域	河津町全域 東伊豆町全域 下田市白浜・稲梓
第三者評価実施有無	無

2 事業所の職員の概要

職 種	資 格	員 数	勤 務 の 体 制		
管理者	社会福祉施設 長資格認定	1人	常勤兼務		1人
サービス提供責任者	介護福祉士	2人	常勤		2人
介護福祉士		4人	常勤	1人	非常勤 3人
ホームヘルパー2級		人	常勤	人	非常勤 人

3 サービスの提供時間

	通常時間 8:30～17:30	早朝 6:00～8:00	夜間 18:00～22:00	深夜 22:00～6:00
毎日	○	○	○	×
休業日	無休			

\*時間帯により利用料金が異なります。

#### 4 訪問介護及び介護予防訪問介護の運営の方針

事業所の訪問介護員等は、利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ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援助を行います。

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供に努めます。

#### 5 利用料金

- (1) 当事業者の訪問介護及び介護予防訪問介護の提供（介護保険適用部分）に際しあなたが負担する利用料金は、原則として基本料金の1割、2割または3割です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。（料金単位数・介護職員処遇改善加算は別紙参照）

- 基本料金は、所定の単位に10円を乗じて得た額です。
- 基本料金に対して、早朝（午前6時～8時）、夜間（午後6時～10時）は、25%加算となります。
- 一定の条件の下に2人の訪問介護員が1人の利用者に訪問介護を行ったときは、2人分の料金となります。
- 認知症対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護を受けている間は、訪問介護は介護保険からの支払は受けられません。
- この他、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成12年厚生省告示第19号）に規定される訪問介護を行った場合に、所定の料金の1割を負担していただきます。

※介護職員等ベースアップ等支援加算＝所定単位×24／1000（所定単位とは基本サービス費に各種加算減算を加えた1月の合計単位）が加算されます。

#### (2) 交通費

当事業者の通常の事業の実施地域にお住まいの方は、交通費は無料です。

通常の実施区域以外の地域にお住まいの方は、訪問介護員があなたを訪問するための交通費を支払っていただきます。

- ① 通常の事業実施区域から片道概ね25キロメートル未満 1,000円
- ② 通常の事業実施区域から片道概ね25キロメートル以上 2,000円

#### (3) その他の費用

訪問介護及び介護予防訪問介護を提供するため、あなたのお宅で使用する水道、ガス、電気等の費用はあなたの負担となります。

#### (4) 料金の支払方法

あなたが当事業者に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月 15 日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、27 日までにお支払いください。支払方法は、銀行振込（振込み手数料はお客様負担）、口座自動引落し（別途引落とし手数料 110 円ご負担願います）、いずれかでお支払ください。

#### (5) キャンセル料

あなたのご都合によりサービスをキャンセルした場合には、下記の料金を頂きます。キャンセルする場合は、至急当事業者に連絡してください。

（介護予防についてはキャンセル料をいただきません。）

ご利用日の 24 時間前までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の 12 時間前までにご連絡いただいた場合	基本料金の 50 %
ご利用日当日にご連絡がなかった場合	基本料金の 100 %

#### (6) その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載（あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、河津町役場・東伊豆町役場の窓口に提出して差額（介護保険適用部分の 9 割）の払い戻しを受けてください。

### 6 サービスの利用方法

#### (1) 利用開始

- 当事業者に電話でお申し込みください。当事業者の担当職員があなたのお宅に伺い、当事業者の訪問介護の内容等についてご説明します。
- この説明書によりあなたからの同意を得た後、当事業者のサービス提供責任者が訪問介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。
- あなたが居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者にご相談ください。

#### (2) サービスの終了

##### ア あなた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 7 日前までに文書で申出てください。

##### イ 当事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等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あります。この場合は、サービス終了日の 14 日前までに、文書によりあなたに通知します。

#### ウ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・あなたが介護保険施設に入所した場合。
- ・あなたの要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合
- ・あなたが亡くなったとき

#### エ 留意事項

- ・利用者様がヘルパーに対して、宗教活動・政治活動・物品の売買を禁止します。
- ・利用者様の体調が悪い時は申し出るようお願いいたします。

#### オ その他

- ・当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業者が破産した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ・あなたがサービスの利用料金を3ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが当事業者に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

#### (3) サービスの中止

災害時等こちらの都合でサービスを中止する場合があります。

- ・自然災害等（台風、大雨、洪水等）
- ・交通災害等（道路の破損、工事等）

### 7 担当の職員

サービス提供責任者は、土屋三起子・内山由美です。

○職員は常に身分証明書を携行しているので、必要な場合は提示をお求めください。

○あなたはいつでも担当の訪問介護員の変更を申出することができます。

（これを拒む正当な理由がない限り、事業者は変更の申し出に応じます。）

○当事業者は、あなたの担当の訪問介護員が退職する等正当な理由がある場合に限り、担当の訪問介護員を変更することができます。

### 8 緊急時の対応方法

サービスの提供中にあなたに容体の変化等があった場合は、速やかにあなたの主治医等に連絡します。

主治医	氏 名	
	連絡先	
緊急連絡先	氏 名	
	連絡先	

## 9 苦情処理

あなたは、当事業者の訪問介護の提供について、いつでも苦情を申立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申し立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口      担当 真下和人  
                         電話番号 0558-32-3201

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口で苦情を申立てることができます。

河津町役場	担当窓口 福祉介護課 介護係
	電話番号 0558-36-3232
	受付時間 月～金曜日 午前8:15～午後5:00
東伊豆町役場	担当窓口 健康づくり課 介護保険係
	電話番号 0557-95-1124
	受付時間 月～金曜日 午前8:00～午後5:00
下田市役所	担当窓口 市民保険課 介護保険係
	電話番号 0558-22-2077
	受付時間 月～金 午前8:00～午後5:00
国民健康保険団体連合会	電話番号 054-253-5590 受付時間 月～金曜日 午前9:00～午後5:00

訪問介護及び介護予防訪問介護の提供に当たり、この説明書に基づいて  
重要事項を説明しました。

(事業者)

名 称            訪問ヘルプサービス   サンシニア河津 \_\_\_\_\_

説明者 \_\_\_\_\_

この説明書により、事業者から訪問介護及び介護予防訪問介護に関する重要事項の説明  
を受けました。

令和      年      月      日

(利用者)

氏 名 \_\_\_\_\_

(代理人)

氏 名 \_\_\_\_\_

## 別紙

### 訪問介護料金表（特定事業所加算Ⅱ）

① 訪問介護（要介護1～5の方） 通常時間帯の場合

身体介護	20分未満	179 単位/回
	30分未満	268 単位/回
	30分以上 60分未満	426 単位/回
	60分以上 90分未満	624 単位/回
	30分を増すごと	+90 単位/回

生活援助	20分以上 45分未満	197 単位/回
	45分以上	242 単位/回

身体介護 + 生活援助	身体 30分未満+生活 45分未満	340 単位
	身体 30分未満+生活 70分未満	411 単位
	身体 30分未満+生活 70分以上	483 単位
	身体 1時間未満+生活 45分未満	497 単位
	身体 1時間未満+生活 70分未満	569 単位

訪問介護初回加算	200 単位
緊急時訪問介護加算	100 単位
2人介助での訪問の場合	通常の単位×2

※当事業所は、特定事業所加算Ⅱに該当する事業所であり、10%の加算額をいただいています。

これまで以上に、サービスの質を高め、人材の質の確保やヘルパーの活動環境の整備などに努めてまいります。

※ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）＝所定単位×137／1000

（所定単位とは基本サービス費に各種加算を加えた1月の合計単位）

基本サービス費に処遇改善加算を加えた物を料金としていただきます。

※ 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）＝所定単位×63／1000

（所定単位とは基本サービス費に各種加算を加えた1月の合計単位）

基本サービス費に特定処遇改善加算を加えた物を料金としていただきます。

※介護職員等ベースアップ等加算＝所定単位×24／1000

（所定単位とは基本サービス費に各種加算を加えた1月の合計単位）

基本サービス費にベースアップ等加算を加えた物を料金としていただきます。