

訪問介護・第1号訪問事業 重要事項説明書

<2024年 6月1日現在>

1. 当事業所が提供するサービスについて

利用者が可能な限り自立した生活が送れるよう、日常生活上での家事援助・身体介護を提供し家庭生活を支援します。

サービス担当 所長 金森 由美子 電話 (0268) 29-2811

2. ヘルパーステーション「にじ」の概要

(1) 事業所の名称、所在地等

事業所名	ヘルパーステーション「にじ」
所在地	上田市上塩尻六反田 243-1
介護保険事業所番号	2070300328
通常の事業の実施地域※	上田市・坂城町・青木村・東御市

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

区分	資格	常勤	非常勤	計
管理者		1名		1名
サービス提供責任者	介護福祉士	2名(内1名 管理者兼務)	1名	3名
事務職員			名	名
従業者	訪問介護員	介護福祉士	10名	10名
		2級ヘルパー等	1名	1名

(3) 営業日、営業時間

営業日	月曜日～金曜日 (但し8月14日～16日、12月30日～1月3日、5月1日を除く)			
サービスの提供時間	通常時間帯 8:00～18:00	早朝 6:00～8:00	夜間 18:00～22:00	深夜 22:00～6:00
平日	○			

*時間帯により料金が異なります。

*時間外・土日祭日は、ご相談により対応します。

3. サービス内容

(1) 身体介護

① 動作介護

体位変換
移動・移乗介助
起床介助
就寝介助 等

③生活介護

食事介助
全身清拭
全身浴介助 等

② 身の回り介護

排泄介助
部分清拭
部分浴介助
整容介助
更衣介助 等

(2) 生活援助

買物
調理
掃除
洗濯
介護相談 等

4. 利用料金

(1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として介護保険負担割合証に応じた金額となります。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自己負担となります。

地域区分単価 1 単位 10.00 円

[料金表 ー基本料・昼間ー]

(訪問介護)

身体介護	時間	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満	30分を 増すごと に	
	単位	163 単位	244 単位	387 単位	567 単位	+82 単位	
生活援助	時間	20分以上	45分未満		45分以上		
	単位	179 単位			220 単位		
特定事業所加算 (Ⅱ)		所定単位に 10.0% を加算					

(第1号訪問事業)

要支援1・要支援2・事業対象者	
訪問型サービスⅠ（週1回程度）	1176 単位/月
訪問型サービスⅡ（週2回程度）	2349 単位/月
訪問型サービスⅢ（週2回を超える程度）	3727 単位/月

*週2回を超えるサービスは、要支援2の方のみです。

*基本料金に対して、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）は50%増しとなります。

*上記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）に定められた目安の時間を基準とします。

*やむを得ない事情で、かつ、お客様の同意を得て、2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。

*

【加算】

初回加算	200 単位
緊急時加算	100 単位

*初回加算

初回に実施したサービスと同月内に、サービス提供責任者が、自らサービスを行う場合又は他のホームヘルパー等がサービスを行う際に同行訪問した場合に、加算をいただきます。

*緊急時加算

居宅サービス計画に位置付けられていないサービスを（身体介護中心に限る）利用者様、またはご家族より要請を受けケアマネジャーと連携を図り、24時間以内に行った場合に加算をいただきます。

*特定事業所加算（Ⅱ）

所定単位数に10.00%を乗じた単位数で算定し、加算をいただきます。

*介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）

(1月につき+所定単位数×182/1000)

(2) 交通費

前記1の(1)の通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域の方は、サービス従業者が訪問するための交通費の実費が必要です。

① 自動車を使用した場合、1訪問あたり200円とする。

② タクシーを利用した場合は、実費を頂く。

(3) キャンセル料

キャンセル料は、頂きません。

キャンセルが必要となった場合は、できるだけ早くご連絡ください。

(連絡先 電話 0268-29-2811)

(4) その他

①お客様の住まいで、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料金のお支払方法

請求は毎月月末締めで、翌月中旬頃請求書を郵送いたします。お支払方法は、口座振替（引き落とし）にてお願いいたします。（毎月 27 日振替日）振替はどちらの金融機関でも結構です、別紙の申込書にご記入の上提出してください。なお、領収書は入金を確認の上、次月の請求書に同封して郵送させていただきます。

5. 事業所の訪問介護サービスの特徴等

(1) 運営の方針

・利用者の契約内容・ご要望にそえるよう研修を積んだヘルパーが心をこめて、あたたかいケアをいたします。

(2) サービス利用のために

事項	有無	備考
ホームヘルパーの変更の可否	有	変更を希望される方はお申し出ください
男性ヘルパーの有無	無	
従業員への研修の実施	有	年 2 回以上を実施しています
サービスマニュアルの作成	有	
第三者評価の実施	無	
その他		毎月の連絡調整会議を実施しています

6. 秘密保持

- (1) 事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者様及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (2) 事業者は、利用者様から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者様の個人情報を用いません。
- (3) 事業者は、利用者様の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該ご家族の個人情報を用いません。

7. 記録の開示

- (1) 事業者は、サービス提供記録を作成することとし、この契約終了後 2 年間保管します。
(苦情の内容及び事故に対する措置についての記録は 5 年間保存)
- (2) 利用者様は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関する第 2 項のサービス実施記録を閲覧できます。
- (3) 利用者様は、当該利用者に関する第 1 項のサービス実施記録の複写物の交付を受ける事ができます。

8. 事業運営の透明化

利用者様は、事業者の運営時間内にその事業所にて、訪問介護の事業計画及び財務内容に関する資料の閲覧ができます。

9. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親戚、居宅介護支援事業者等へ連絡します。*「緊急連絡」表を作り御自宅に置かせて頂きます。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

10. サービス内容に関する相談・苦情・虐待に関する相談窓口

当事業所のサービスに関する要望、苦情に対して迅速に対応いたします。

(1) ご利用者様からの御相談・苦情・虐待に関する相談事項及び担当窓口

*虐待防止に関する事項として、サービス提供中に当該事業所従事者又は養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものいたします。

電 話 (0268) 29-2811

(受付時間 月～金曜日 午前8時30分から午後5時)

担 当 金森 由美子

(2) その他当事業所以外に、市町村、長野県国民健康保険団体連合会、各保険者の相談・苦情窓口に苦情を伝えることができます。

(3)

長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課 電話 (026) 238-1580

上田市高齢者介護課 担当窓口 電話 (0268) 23-5140

坂城町福祉健康課 担当窓口 電話 (0268) 82-3111

11. 当生協の概要

名 称	東信医療生活協同組合
代表者名	理事長 中村 和幸
所在地	上田市上塩尻393番地1
電話番号	(0268) 28-1085

定款の目的に
定めた事業

- 1、上田生協診療所
(0268) 23-0199
- 2、はつらつ倶楽部しろがね
(0268) 31-1411
- 3、さかき生協診療所
(0268) 82-0101
- 4、上田生協訪問看護ステーション
(0268) 22-3055
指定居宅介護支援事業所
(0268) 23-0244
- 5、ヘルパーステーションにじ
(0268) 29-2811
- 6、元気倶楽部まゆ
(0268) 22-3248
- 7.老人保健施設なないろ
(0268) 71-7716
- 8、デイケア絹の里
(0268) 71-7105

----- 契約する場合は以下の確認をすること -----

年 月 日

訪問介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

事業者
所在地 上田市上塩尻六反田 243-1
名称 ヘルパーステーション「にじ」

説明者
所属 ヘルパーステーションにじ
氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から訪問介護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

(家族) 住所
氏名 印

ヘルパーステーション「にじ」様

同意書

サービス担当者等で必要があるときは、私の訪問介護に関する個人情報を、保険者（市町村）及び居宅サービス事業者の関係者に提示することに同意します。

年 月 日

本人 氏名 印

(家族 氏名) 印