

【指定居宅サービス訪問介護】

平成ヘルパー
重要事項説明書

事業所名	平成ヘルパー
所在地	〒437-1521 静岡県菊川市上平川293
TEL	0537-75-0123
FAX	0537-75-0124
事業所番号	2276800063

1. 事業者の概要

事業者名称 株式会社オール看護小笠

代表者名 代表取締役 齊藤 とし江

所在地 〒437-1521 静岡県菊川市上平川293番地

連絡先 TEL 0537-75-0123

2. 事業所の概要

事業所名 平成ヘルパー

所在地 〒437-1521 静岡県菊川市上平川293番地

連絡先 TEL 0537-75-0123

FAX 0537-75-0124

3. 事業所の職員体制

管理者 1名 (サービス提供責任者を兼務)

サービス提供責任者 2名 (訪問介護員を兼務)

訪問介護員 10名 (常勤3名、非常勤6名)

※「指定訪問介護」「訪問介護相当サービス」の全ての事業について兼務

4. 営業時間

営業日 月曜日～金曜日 (祝日も営業)

営業時間 8:30～17:30

休業日 土曜日、日曜日、年末年始 (12月30日から1月3日)

5. 事業の実施地域

菊川市、掛川市、御前崎市、牧之原市

6. サービス内容

ご利用者様のお宅へ伺って下記サービスの提供を行います

○身体介護…入浴・排泄・食事等の介護を行ないます

○生活援助…調理・洗濯・買い物等日常生活のお世話を行ないます

※サービス内容の対象はご利用者様のみです。調理、洗濯等もご家族様のものは含みません。

その他の内容についても、お気軽にご相談下さい

7. 事業方針等

ご利用者様ひとりひとりが自立した日常生活が営むことができるよう、心身の特性等を踏まえて入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行なうことを目標としていきます。そのために当事業所の管理者がご利用者様の直面している課題等を把握し、ご利用者様の希望を踏まえた上で訪問介護計画を作成してサービスを行なっていきます

8. 料金体制

(1) 介護保険サービスの費用

サービスをご利用いただいた月ごとに利用単位数を集計し、1単位あたり10円を乗じた額をもとに、ご本人の介護保険負担割合証の割合の額をお支払いいただきます。但し、介護保険給

付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただきます

【基本部分】

名 称		単位数	備 考
身体介護	20分未満	163単位/回	
	20分以上30分未満	244単位/回	
	30分以上1時間未満	387単位/回	
	1時間以上1時間30分未満	567単位/回	
	1時間30分以上は30分ごと加算	82単位/回	
身体介護に引続き生活援助を行う場合		65単位/回	25分を増すごと
生活援助	20分以上45分未満	179単位/回	
	45分以上	225単位/回	

【加算部分】

事業所の体制、ご利用者様の状態等により、下記の中で当該事業所に適用される加算をいただきます

加算名称		単位数
初回加算		200単位/月
緊急時訪問介護加算		100単位/回
特定事業所加算（Ⅰ）		所定単位数の20%を加算
特定事業所加算（Ⅱ）		所定単位数の10%を加算
特定事業所加算（Ⅲ）		所定単位数の10%を加算
特定事業所加算（Ⅳ）		所定単位数の3%を加算
特定事業所加算（Ⅴ）		所定単位数の3%を加算
口腔連携強化加算 ※月に1回のみ算定可能		50単位/回
生活機能向上連携加算（Ⅰ）		100単位/月
生活機能向上連携加算（Ⅱ）		200単位/月
認知症専門ケア加算（Ⅰ）		3単位/日
認知症専門ケア加算（Ⅱ）		4単位/日
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)		月の利用単位数の18.2%
夜間・早朝・深夜加算	早朝又は夜間に行う訪問介護	基本単位数の25%割増
	深夜に行なう訪問介護	基本単位数の50%割増
※早朝（6時～8時）夜間（18時～22時）深夜（22時～翌朝6時）		

※上記基本部分の時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなくご利用者様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします

(2) その他の費用

通常の実施地域外の交通費 通常の実施地域 (菊川市・掛川市・御前崎市・牧之原市)	通常の実施地域の境界線を越えた地点から片道1kmごとに100円
キャンセル料	・ご利用当日のキャンセルについては 1,000円

9. ご請求及びお支払い方法について

(1) ご請求について

ご請求書はご利用月ごとに作成致します。お渡しは、ご利用月の翌月10日頃となります

(2) お支払いについて

ご請求書が届きましたら、以下の方法によりお支払いをお願い致します

口座引落し	サービスを利用した月の翌月28日（金融機関が休日の場合は翌営業日）に、口座振替のお手続きを頂いた口座から引落しを致します (取り扱い金融機関…農協、ゆう貯銀行、島田掛川信用金庫)
現金払い	サービスを利用した月の翌月末までに、お支払いをお願い致します

※ご入金確認後に、領収書を発行致します。大切に保管いただきますようお願い致します
確定申告の際に必要な場合がございます

10. サービス内容に関する苦情等相談窓口

ご利用者様及びご家族様からの苦情等に対しては迅速かつ適切に対処致します

当事業所苦情相談窓口

担当者 赤堀 まゆみ
 受付日 月曜日～金曜日
 受付時間 8:30～17:30
 連絡先 0537-75-0123

市町村苦情受付機関

菊川市役所	長寿介護課	0537-37-1253	受付日 月曜日～金曜日 受付時間 8:15～17:00
掛川市役所	健康長寿課	0537-21-1196	受付日 月曜日～金曜日 受付時間 8:30～17:15
御前崎市役所	高齢者支援課	0537-85-1118	受付日 月曜日～金曜日 受付時間 8:15～17:00
牧之原市役所	長寿介護課	0548-23-0076	受付日 月曜日～金曜日 受付時間 8:15～17:00

その他の苦情受付機関

国民健康保険 団体連合会	介護保険課	054-253-5590	受付日 月曜日～金曜日 受付時間 9:00～17:00
-----------------	-------	--------------	--------------------------------

11. サービス利用にあたっての注意事項

訪問介護員等は以下の業務は行えませんので、予めご了承願います

- ・ご利用者様以外へのサービス提供（ご家族様分の洗濯など）
- ・金銭管理
- ・医療行為など

12. 緊急時の対応について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します

13. 第三者による評価の実施状況

実施の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無
直近の実施日	—
評価機関	—

当事業所は、指定訪問介護サービスの提供に当たりこの説明書に基づいて重要事項の説明を行いました

令和 年 月 日

事業所名 平成ヘルパー
事業所所在地 静岡県菊川市上平川293番地

説明者 _____ ⑩

私は、この説明書に基づいて指定訪問介護サービスに関する重要事項の説明を受けました

令和 年 月 日

ご利用者 住所 _____

氏名 _____ ⑩

ご家族等 住所 _____

代理人

氏名 _____ ⑩

続柄 _____

※上記ご家族等代理人欄に署名された方が、ご利用者さま本人に代わり署名（又は記名押印）をして頂いた場合は、下記□の中に✓をお願い致します

身体等の状況により、本人の意思を確認したうえで
本人に代わり署名（又は記名押印）を行いました