

重要事項説明書

(訪問介護サービス)

あなたに対する訪問介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者概要

事業者名称	幸栄介護サービス株式会社
主たる事務所の所在地	神奈川県綾瀬市深谷中3-6-43
代表取締役	鈴木 幸宏
電話番号	0467-79-6077

介護保険法令に基づき 神奈川県知事から指定を受けている事業所名称 (指定番号)	ヘルパーステーション カミーリア 指定番号 1474400924
事業所形態	訪問介護

* 指定を受けていないが、基準該当事業者の時

事業所名称	事業所が提供する居宅介護サービスの種類
事業所形態	—

2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	ヘルパーステーション カミーリア
指定番号	神奈川県 1474400924 号
所在地	神奈川県綾瀬市深谷中3-6-3
電話番号	0467-79-6077
通常の事業の実施地域	綾瀬市全域

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	訪問介護
運営の方針	自立支援

4 ご利用事業所の職員体制

ご利用事業所の従業者の職種	職員数	勤務の態勢
介護福祉士	3人以上	常勤0名以上、非常勤3名以上 昼勤（午前9時～午後18時）1名以上 夜勤（午後 時～午前 時） 名以上
実務者研修修了者	1人以上	常勤1名以上、非常勤0名以上 昼勤（午前9時～午後18時）1名以上 夜勤（午後 時～午前 時） 名以上
初任者研修及びヘルパー2級	5人以上	常勤0名以上、非常勤5名以上 昼勤（午前9時～午後18時）1名以上 夜勤（午後22時～午前7時）1名以上

5 営業時間

営業日	平日・土・日・祝日
営業時間	9:00～18:00

6 サービスの概要

訪問介護の介護報酬にかかる費用 利用者負担1割分（利用者負担2割分）＜利用者負担3割分＞

訪問介護サービスの種類	サービス内容	保険給付適用のあるものに○印	単位	所要時間	サービス1回当たりの料金
身体介助	食事・入浴・排泄・更衣	○	163	20分未満	174円（348円）＜522円＞
			244	20分以上30分未満	261円（522円）＜783円＞
			387	30分以上1時間未満	414円（828円）＜1242円＞
			567	1時間以上	606円（1212円）＜1818円＞
生活援助	掃除・洗濯・見守り	○	179	20分以上 45分未満	191円（382円）＜573円＞
			220	45分以上	235円（470円）＜705円＞
施設サービス（自費）	週2回を超える入浴（施設サービス）	○		30分	1200円
	各種手続き・買物代行（施設サービス）	○		30分	1000円

7 交通費実費

利用者の居宅が、当該事業所の通常の事業実施地域以外にある時は、交通費の実費をいただきます。

8 キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡下さい。

(連絡先：幸栄介護サービス株式会社 TEL：0467-79-6077)

①	ご利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
②	ご利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合	利用料の10%

9 苦情申立窓口

ヘルプステーション カミリア管理者	ご利用方法	電話	0467-79-6077
綾瀬市高齢介護課	ご利用方法	電話	0467-70-5636
神奈川県福祉こどもみらい局 福祉部高齢福祉課	ご利用方法	電話	045-210-1111
神奈川県国民健康保険団体連 合会 介護苦情相談課	ご利用方法	電話	045-329-3447
かながわ福祉サービス 適正化委員会	ご利用方法	電話	045-311-8861

10 緊急時の対応方法

	利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います 緊急連絡先に連絡いたします。		
協力医療機関	1	医療機関名称	あやせ訪問クリニック
		所在地	綾瀬市早川城山2-13-5 ヴィラ城山1F
		診療科	内科・脳神経外科
	2	医療機関名称	さくらライフさがみクリニック
		所在地	相模原市南区相模大野3-19-11 日広第二ビル6F
		診療科	診療内科・精神科・内科
	3	医療機関名称	みどりクリニック
		所在地	相模原市中央区鹿沼台2-9-6-305
		診療科	内科・皮膚科・精神科

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、甲1 に対
甲2
して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

事務所所在地 神奈川県綾瀬市深谷中 3-6-3
名 称 ヘルパーステーション カミーリア
担当者 鈴木 幸宏 ⑩

(甲) 私は、本書面に基づいて甲から上記重要な事項の説明を受けました。
居宅介護サービスの提供開始に同意します。

(甲1) 利用者 住所
氏名 ⑩

(甲2) 利用者の家族 住所
氏名 ⑩

ヘルパーステーション カミーマリア料金表 (別表)
(訪問介護・綾瀬市訪問型サービス)

1 訪問介護の介護報酬にかかる費用 ◎訪問介護費 1回につき 単位数×10.7 (5級地)
上段 (利用者負担 1割) 中段 (利用者負担 2割) 下段 (利用者負担 3割)

項目	サービス 1 回当たりの料金		
	所要時間及び内容	身体介護	生活援助
① 基本額 下段()内は利用者 1 割負担額を円に換算したものです。ただし、小数点以下は切り捨てになるので、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。	20 分未満	163 単位	—
		(174 円) (348 円) (522 円)	
	20 分以上 30 分未満	244 単位	—
		(261 円) (522 円) (783 円)	
	20 分以上 45 分未満	—	179 単位
		—	(191 円) (382 円) (573 円)
	45 分以上	—	220 単位
		—	(235 円) (470 円) (705 円)
	30 分以上 1 時間未満	387 単位	—
		(414 円) (828 円) (1242 円)	
1 時間以上	567 単位	—	
	(606 円) (1212 円) (1818 円)		
以降 30 分増す毎に	82 単位	45 分以上は一律 225 単位	
	(87 円) (174 円) (261 円)		(240 円) (480 円) (720 円)
身体介護を行った後に引き続き所要時間 20 分以上の生活援助を行った場合 (所要時間か 20 分から計算して 25 分を増すごとに) 198 単位を限度とする。 65 単位 (69 円) (138 円) (207 円)			
② 加算	早朝・夜間加算	早朝(6 時～8 時)又は夜間(18 時～22 時)に訪問した場合	所定単位×25%

	深夜加算	深夜(22時～翌6時)に訪問した場合	所定単位×50%
	利用者の希望により2人の訪問介護員が訪問した場合		所定単位×200%
	初回加算		200単位(214円) / 1回 (428円) / 1回 (642円) / 1回
	緊急時訪問介護加算		100単位(107円) / 1回 (214円) / 1回 (321円) / 1回
	生活機能向上連携加算		100単位(107円) / 1回 (214円) / 1回 (312円) / 1回
	介護職員等処遇改善加算II		① ②の計算による1ヶ月のサービス合計単位数×224/1000=A
利用者負担分の計算方法	<p>① ②の計算による1ヶ月のサービス合計単位数×10.7円=○○円(1円未満切り捨て)</p> <p>○○円-(○○円×0.9(1円未満切り捨て))=△△円(利用者負担額1割)</p> <p>②の計算による1ヶ月のサービス合計単位数×10.7円=○○円(1円未満切り捨て)</p> <p>○○円-(○○円×0.8(1円未満切り捨て))=△△円(利用者負担額2割)</p> <p>○○円-(○○円×0.7(1円未満切り捨て))=△△円(利用者負担額3割)</p> <p>*10.7円は綾瀬市(5級地)の地域加算</p> <p>介護職員処遇改善加算の1割負担分の計算は下記の計算式による A-(A×0.9(1円未満切り捨て))</p> <p>介護職員処遇改善加算の2割負担分の計算は下記の計算式による A-(A×0.8(1円未満切り捨て))</p> <p>介護職員処遇改善加算の3割負担分の計算は下記の計算式による A-(A×0.7(1円未満切り捨て))</p>		

2 綾瀬市訪問型サービスにかかる費用

上段（利用者負担 1 割） 中段（利用者負担 2 割） 下段（利用者負担 3 割）

項目		一月あたりの利用料金	
① 基本額	介護予防訪問介護費（Ⅰ）	1 週に 1 回程度	1176 単位
			(1258 円)
			(2516 円)
	介護予防訪問介護費（Ⅱ）	1 週に 2 回程度	2349 単位
			(2505 円)
			(5026 円)
介護予防訪問介護費（Ⅲ）	上記（Ⅱ）の回数の程度を超える以上の回数	3727 単位	
		(3987 円)	
		(7974 円)	
② 加算	初回加算	200 単位 (214 円) / 1 回	
	生活機能向上 連携加算	100 単位 (107 円) / 1 回	
	介護職員等処 遇改善加算Ⅱ	① ②の計算による 1 ヶ月のサービス合計単位数 224 / 1000 = A	
利用者負担分の計 算方法	<p>② の計算による 1 ヶ月のサービス合計単位数 × 10.7 円 = ○○円 （ 1 円未満切り捨て）</p> <p>○○円 - (○○円 × 0.9 (1 円未満切り捨て)) = △△円 （利用者負担額 1 割）</p> <p>②の計算による 1 ヶ月のサービス合計単位数 × 10.7 円 = ○○円 （1 円未満切り捨て）</p> <p>○○円 - (○○円 × 0.8 (1 円未満切り捨て)) = △△円 （利用者負担額 2 割）</p> <p>○○円 - (○○円 × 0.7 (1 円未満切り捨て)) = △△円 （利用者負担額 3 割）</p> <p>* 10.7 円は綾瀬市（5 級地）の地域加算</p> <p>介護職員処遇改善加算の 1 割負担分の計算は下記の計算式による A - (A × 0.9 (1 円未満切り捨て))</p> <p>介護職員処遇改善加算の 2 割負担分の計算は下記の計算式による A - (A × 0.8 (1 円未満切り捨て))</p> <p>介護職員処遇改善加算の 3 割負担分の計算は下記の計算式による A - (A × 0.7 (1 円未満切り捨て))</p>		

3 運営基準に定められたその他の費用

項目	金額	説明
その他の費用	—	通常の事業の実施地域（綾瀬市全域）を越えて行う訪問介護等に要した交通費は、徴収致しません。

4 通常のサービス提供を超える費用

項目	金額	説明
介護保険外サービス	介護報酬の告示上の額と同額します。	区分支給限度額を超えてサービスを利用したい場合など介護保険枠外のサービス料金です。 （綾瀬市訪問型サービスのケアプラン上のサービスについては月額一律料金です。）