

# 重要事項説明書

(訪問介護・横浜市訪問介護サービス相当)

利用者： \_\_\_\_\_ 様

事業者： \_\_\_\_\_ 大石ヘルパーステーション

### 1 法人の概要

法人の名称	株式会社 大倉山起業
代表者名	樋沢 繁幸
所在地	横浜市南区前里町1丁目1番地2 レジデンス前里町 304
電話番号	045-232-6880
業務の概要	介護保険の他、障害者総合支援法に基づく居宅介護・移動支援を行っております。また居住支援法人、自立準備ホーム等での地域への貢献を行っております。連携している医療機関と共に地域に密着したサービスを行っております。
事業所数	3ヶ所

### 2 事業所の概要

事業所名	大石ヘルパーステーション	
所在地	横浜市中区弥生町 4-40-1	
提供可能サービス及び 介護保険事業所番号	訪問介護 横浜市訪問介護相当サービス	1470403328号
管理者及び連絡先	氏名	連絡先
	清藤 美智子	045-251-0014
サービス提供地域	中区、南区、磯子区、西区	

### 3 営業日時及びサービス提供時間

	平日	土曜日	日曜日
営業時間	午前8:30～ 午後5:30	午前8:30～ 午後5:30	
サービス提供時間	午前8:30～ 午後8:00	午前8:30～ 午後8:00	午前8:30～ 午後8:00

※祝日も、営業・サービス提供致しません。

※12/31～1/3 までは営業致しません。ヘルパーサービスは要相談。

#### 4 事業所の職員体制等

職 種		人数及び役割
管 理 者		1名
		管理者は利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、従事者及び業務の管理を一元的に行なわなければならない、従業者に対して運営に関する基準を遵守させるため、必要な指揮命令を行います。
サービス提供責任者		3名
		サービス提供責任者は事業所に対する訪問介護等の申し込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、訪問介護計画、訪問介護相当サービス計画書の作成等を行います。
サービス提供者	介護福祉士	9名（常勤 5名・非常勤 4名）
	ホームヘルパー1級 実務者研修	6名（常勤 1名・非常勤 5名）
	基礎研修	2名（常勤 0名・非常勤 2名）
	ホームヘルパー2級 初任者研修	10名（常勤 1名・非常勤 9名）

#### 5 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

利用者相談窓口	電 話 番 号	045-262-2749
	ファックス番号	045-262-2761
	窓 口	事務長
	対 応 時 間	平日 午前9:00～午後5:00

(2) 公的機関においても、次の機関において相談や苦情の申し出ができます。

横浜市 はまふくコール (横浜市苦情相談 コールセンター)	所在地	横浜市中区本町6-50-10
	電話番号	045-263-8084
	FAX	045-550-3615
	対応時間	月～金曜日 午前8:45～午後5:00 (土・日・祝日・12月29日～1月3日を除く)
横浜市中区役所 高齢・障害支援課	所在地	横浜市中区日本大通35
	電話番号	045-224-8163
	FAX番号	045-222-7719
	対応時間	月～金曜日 午前8:45～午後5:00

	(土・日・祝日・12月29日～1月3日を除く)
横浜市南区役所 高齢・障害支援課	所在地 横浜市南区浦舟町2-33 電話番号 045-341-1138 FAX番号 045-341-1144 対応時間 月～金曜日 午前8:45～午後5:00 (土・日・祝日・12月29日～1月3日を除く)
横浜市西区役所 高齢・障害支援課	所在地 横浜市西区中央1-5-10 電話番号 045-320-8491 FAX番号 045-290-3422 対応時間 月～金曜日 午前8:45～午後5:00 (土・日・祝日・12月29日～1月3日を除く)

横浜市磯子区役所 高齢・障害支援課	所在地 横浜市磯子区磯子3-5-1 電話番号 045-750-2494 FAX番号 045-750-2540 対応時間 月～金曜日 午前8:45～午後5:00 (土・日・祝日・12月29日～1月3日を除く)
神奈川県国民健康保険 団体連合会 介護保険課 介護苦情相談係	所在地 横浜市西区楠町27-1 電話番号 045-329-3447 対応時間 午前8:30～午後5:15 (土日・祝日・年末年始を除く)

## 6 第三者評価委員

委員名	所属 役職	電話番号
斎藤 庸男	さいとうクリニック 院長	045-320-2001
長谷川 幸司	長谷川歯科医院 院長	045-241-3616

第三者評価による 評価の実施	あり	実施日	
	なし	評価機関名	
		結果の開示	

## 7 利用者負担金

- (1) 介護報酬に係る利用者負担金(費用全体の1割、2割、3割)
- (2) 介護保険サービスを利用した時は、利用者負担割合に応じたサービス費用を申し受けます。
- (3) 特別なサービスを受ける時は、別に利用者負担があります。  
特別なサービスを利用する場合には、保険分の負担とは別に利用者負担があります。  
(例) 介護保険対象外のサービスや、自身のケアプランにないサービスを利用する場合等。(利用者  
と事業者が介護保険外サービス契約の上、全額利用者負担でサービスを利用します。)

### 【その他】

- (1) 通常の事業の地域を超えて行う訪問介護等に要した交通費は、通常の事業の実施地域を超えた所から公共交通機関を利用した実費を徴収致します。
- (2) 利用者負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきます。
  - ア 自動口座引き落とし  
(ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします。)
  - イ 現金払い 月1回定められた日にお支払いをお願いします。
- (3) 以上の利用者負担金は、「法定代理受領(現物給付)」の場合について記載しています。保険料未納等で「償還払い」となる場合には、一度利用者が利用料(10割)を支払い、その後市町村に対して負担割合に応じ保険給付分を請求することになります。

## 8 事業の目的及び運営の方針

利用者の自立心を尊重し、日常生活を営むことができるよう、真心を込めて支援させていただきます。

## 9 虐待の防止について

- (1) 事業者は、利用者の尊厳の保持や人格の尊重に深刻な影響を及ぼす可能性が極めて高いため虐待防止のために必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、虐待防止検討委員会等を構成し、虐待の防止に関する基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに虐待防止徹底の研修を行い、従業者としての責務や適切な対応等を正しく理解できるよう周知徹底を図ります。会議等の開催時にテレビ電話装置等を活用する場合には、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守します。
- (3) 事業所は、虐待が発生した場合には、速やかに市町村等の窓口へ通報し、市町村等が行う虐待に対する調査等に協力するように努めます。

## 10 緊急時等の対応

サービス提供に際して、利用者に事故、体調の急変等が生じた場合には、事前の打ち合わせに基づき、家族、医師、救急機関、介護予防支援事業者等に連絡します。

	医療機関名		
医療機関等	主治医		
	電話番号	(	)
緊急連絡先	氏名	(続柄	)
	電話番号	(	)
	氏名	(続柄	)
	電話番号	(	)
その他	氏名	(続柄	)
	電話番号	(	)
	氏名	(続柄	)
	電話番号	(	)

その他の欄には、特に連絡が必要な方をご記入下さい。

## 11 非常災害等の対応

非常時マニュアルに添って行います。

# 訪問介護サービス・横浜市訪問介護サービス相当説明

事業者:大石ヘルパーステーション

## 1 サービスの内容

<身体介護>		<生活援助>
①起床介助	⑧食事介助	①調理
②就寝介助	⑨体位変換	②洗濯
③排泄介助	⑩服薬介助	③住居の掃除・整理整頓
④衣服の着脱	⑪通院等外出介助	④買い物
⑤整容介助	⑫移動・移乗介助	⑤薬の受取り
⑥身体の清拭・洗髪	⑬その他( )	⑥衣服の整理・被服の補修

⑦入浴介助

⑦ペット・メイク

⑧その他( )

## 2 サービス利用にあたっての留意事項

### ①「本人の援助」に該当しないもの

洗濯・調理・買い物・布団干し、主として利用者が使用する居室以外の掃除、来客の応接(お茶の手配等)、自家用車の洗車等

### ②「日常生活の援助」に該当しないもの

散髪、庭の草むしり、花木の水やり、犬の散歩等ペットの世話、ベランダの掃除、家具等の移動、大掃除、窓のガラス磨き、室内外家屋の修理、正月料理等の特別な調理

### ③医療行為及び医療補助行為

### ④その他

ア 利用者及びその家族からの金銭又は物品の授受

イ 年金等、金銭の取扱いは致しません。

(家事援助として行う買物等に伴う少額金銭の取扱いは可能です。)

ウ 利用者がヘルパーの交代を希望される場合には、出来る限り対応します。ので、サービス提供責任者までご相談下さい。

### キャンセル料について

利用者がサービスの利用の中止(キャンセル)をする際は、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

・ 連絡先(電話) : 大石ヘルパーステーション

045-251-0014

・ 営業時間 : 午前 8:30～午後 5:30

利用者の都合でサービスを中止にする場合

利用日前日の 午後 5:30までの営業時間内にご連絡下さい。

当日のキャンセルは、キャンセル料として1,000円を申し受けます。

体調の急変等、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

## 訪問介護サービス・横浜市訪問介護サービス相当料金表

令和6年4月1日 適用

### 【基本部分】

・総合事業(所定単位×地域単価11.12)

サービス名称	サービスの内容	単位	ご利用者様負担(1割)	ご利用者様負担(2割)	ご利用者様負担(3割)
訪問型独自サービスⅠ	週1回程度のサービス(事業対象者・要支援1・2)	1176/月	1308円	2616円	3924円
訪問型独自サービスⅡ	週2回程度のサービス(事業対象者・要支援1・2)	2349/月	2612円	5224円	7836円
訪問型独自サービスⅢ	週2回を超えるサービス(事業対象者・要支援2)	3727/月	4145円	8289円	12434円

### ・訪問介護

サービス名称	サービス内容	単位	ご利用者様負担(1割)	ご利用者様負担(2割)	ご利用者様負担(3割)
生活2	生活援助(20分～45分未満)	179 /1回	199円	398円	597円
生活3	生活援助(45分以上)	220 /1回	245円	490円	734円
身体01	身体介護(20分未満)	163 /1回	182円	363円	544円
身体1	身体介護(20分～30分未満)	244 /1回	272円	543円	814円
身体2	身体介護(30分～60分未満)	387 /1回	431円	861円	1291円

身体3	身体介護(30分～60分未満)	567 /1回	631円	1261円	1892円
身体1生活1	身体介護＋生活援助 (40分～75分未満)	309 /1回	344円	688円	1031円

サービス名称	サービス内容	単位	ご利用者 様負担 (1割)	ご利用者 様負担 (2割)	ご利用者 様負担 (3割)
身体1生活2	身体介護＋生活援助 (65分～100分未満)	374 /1回	416円	832円	1248円
身体1生活3	身体介護＋生活援助 (身体20分～30分、 生活70分以上)	374 /1回	489円	977円	1465円
身体2生活1	身体介護＋生活援助 (50分～105分未満)	452 /1回	503円	1006円	1508円
身体2生活2	身体介護＋生活援助 (75分～130分未満)	5 1 7 /1回	575円	1150円	1725円
身体2生活3	身体介護＋生活援助 (身体30分～60分、 生活70分以上)	5 8 2 /1回	648円	1295円	1942円
身体3生活1	身体介護＋生活援助 (75分～130分未満)	632 /1回	703円	1406円	2109円
身体3生活2	身体介護＋生活援助 (105分～160分未満)	697 /1回	775円	1550円	2325円
身体3生活3	身体介護＋生活援助 (身体60分～90分、 生活70分以上)	762 /1回	848円	1695円	2542円

### 【加算】

加算名称	加算の要件	単位	ご利用者 様負担 (1割)	ご利用者 様負担 (2割)	ご利用者 様負担 (3割)
初回加算	新規で初めての利用月や 区分変更(2区分)、2か月 利用なく利用する場合	200 /1回	223円	445円	668円
緊急時加算	居宅介護サービス計画にな い緊急な要請に対して、介 護支援専門員が必要と認	100 /1回	112円	223円	334円

	め、利用者又は家族等から 要請を受けて24時間以内に 訪問介護を行った場合				
--	---	--	--	--	--

加算名称	加算内容	加算
特定事業所加算 II	訪問介護サービスの質を高める取り組みを行っている事業所に対して付与される評価加算	月にかかる基本部分× 10%
介護職員等 処遇改善加算I	介護報酬を加算して支給する制度で、技能・経験のある介護職員の処遇改善を目的としている加算	月にかかる基本部分× 24.5%

【ご注意】介護保険サービスの報酬改定に伴い、サービス料金の変更があります。

## 2 運営基準(厚生省令)で定められた「その他の費用」(全額・自己負担)

項目	金額	内容
交通費	実費	①通常、事業の実施地域を超えて行う場合の交通費 ②活動範囲内での外出に伴う際の交通費

## 3 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用(全額・自己負担)

項目	金額	内容
保険外 サービス料金	介護報酬の告示上の 額と同額とします	区分支給限度額を超える場合

## 4 介護保険外サービス提供の費用(全額・自己負担)

※介護保険外のサービスを利用する場合は、別途契約することとします。

## 5

1か月あたりのお支払い額の大体の目安(利用回数の上限によって金額が変わります)

円

令和 7年 月 日

サービス契約の締結に当たり、以上の重要事項を説明しました。

説明者 事業者名 大石ヘルパーステーション

サービス提供責任者 清藤 美智子 印

サービス契約の締結に当たり、説明を受け、同意しました。

利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 \_\_\_\_\_

上記代理人 (代理人を選任した場合)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 \_\_\_\_\_

利用者の家族 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 \_\_\_\_\_

立会人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 \_\_\_\_\_

(注)「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に立って事業者との連絡調整等を行える方がいる場合に記載してください。なお、立会人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。