ケア　ひだまり　重要事項説明書

訪問介護の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

１．事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	ひだまり　合同会社
主たる事務所の所在地	〒675-0034 加古川市加古川町稲屋454-1　ヴァールハイマート101
代表者（職名・氏名）	代表　奥田　順子
設　立　年　月　日	令和5年12月20日
電　　話　　番　　号	079-456-3085

２．事業所の概要

事　業　所　の　名　称	ケア　ひだまり		
事　業　所　の　所　在　地	〒675-0034 加古川市加古川町稲屋454-1　ヴァールハイマート101		
電　　話　　番　　号	079-456-3085		
Ｆ　Ａ　Ｘ　番　号	079-456-3086		
指定年月日・事業所番号	令和6年3月1日		
通常の事業の実施地域	加古川市・高砂市・姫路市（安富町・家島町除く）播磨町・稲美町		
併　設　事　業　所	ケアひだまり（障害福祉サービス　居宅介護・重度訪問介護・行動援護）		
第三者評価の実施の有無	無		

３．運営の方針

・　訪問介護の提供に当たっては、事業所の従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、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、排せつ、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、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健医療・福祉サービスを提供する者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。

４．提供するサービスの内容

１　身体介護
①　排泄・食事介助
②　清拭・入浴、身体整容
③　体位変換、移動・移乗介助、外出介助
④　起床及び就寝介助
⑤　服薬介助

⑥　自立生活支援・重度化防止のための見守り的援助

2　生活援助

①　掃除

②　洗濯

③　ベッドメイク

④　衣類の整理・被服の補修

⑤　一般的な調理、配下膳

⑥　買い物・薬の受け取り

５．営業日時

営 業 日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日、年末年始（12月28日から1月3日まで）及びお盆（8月14日から8月16日まで）を除きます。
営業時間	午前9時から午後6時まで
サービス提供日	月曜日から日曜日まで ただし、年末年始（12月28日から1月3日まで）及びお盆（8月14日から8月16日まで）を除きます。ただし必要に応じて、上記日以外でも、サービス提供の相談に応じます。
サービス提供時間	午前８時30分から午後11時まで

６．事業所の従業者の体制

（令和６年３月１日現在）

職種	常勤		非常勤	
	専従	兼務	専従	兼務
管理者	人	1人		
サービス提供責任者	1人	1人	人	人
訪問介護員	1人	人	1人	人

７．利用料等

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料に利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。

ただし、支払方法が償還払いとなる場合には、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口に提出し、後日払い戻しを受けてください。

※サービス実施のために必要な備品等の使用

サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。

水回り掃除・薬の塗布・排泄介助など必要に応じ、ビニール袋や風呂靴の備品の準備をお願いいたします。

※交通事情により、訪問時間に遅れが生じる場合があります。

（１）訪問介護の利用料

【基本部分：訪問介護費】

区分	所要時間	訪問介護費（１回あたり） 単位数	基本利用料 ※(注１)参照	利用者負担金 (自己負担１割の場合) ※（注２）参照	利用者負担金 (自己負担２割の場合) ※（注２）参照	利用者負担金 (自己負担３割の場合) ※（注２）参照
身体介護	20分未満	１６３	１，６６４円	１６６円	３３２円	４９９円
	20分以上30分未満	２４４	２，４９１円	２４９円	４９８円	７４７円
	30分以上１時間未満	３８７	３，９５１円	３９５円	７９０円	１，１８５円
	１時間以上 (30分を増すごとに加算)	５６７ (＋８２)	５，７８９円 (＋８３７円)	５７８円 (＋８３円)	１，１５７円 (＋１６７円)	１，７３６円 (＋２５１円)
生活援助	20分以上45分未満	１７９	１，８２７円	１８２円	３６５円	５４８円
	45分以上	２２０	２，２４６円	２２４円	４４９円	６７３円
身体１生活１ （身体介20分以上生活援助20分以上）		３０９	３，１５４円	３１５円	６３０円	９４６円

【加算・減算】

要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算又は減算されます。

加算等の種類	加算・減算額（１回あたり） 単位数	基本利用料 ※(注１)参照	利用者負担金 (自己負担１割の場合) ※（注２）参照	利用者負担金 (自己負担２割の場合) ※（注２）参照	利用者負担金 (自己負担３割の場合) ※（注２）参照
早朝・夜間	所定単位数の２５％		左記額の１割	左記額の２割	左記額の３割
深夜の訪問	所定単位数の５０％				
緊急時訪問介護加算	１００	１，０２１円	１０３円	２０５円	３０７円
初回加算	２００	２，０４２円	２０５円	４０９円	６１３円
生活機能向上連携加算Ⅰ	１００	１，０２１円	１０３円	２０５円	３０７円
認知症専門ケア加算Ⅰ （１日につき）	３	３０円	３円	６円	９円
介護職員処遇改善加算Ⅲ	所定単位数の18.2％		左記額の１割	左記額の２割	左記額の３割

（注１）上記の基本利用料及び加算等は、厚生労働大臣が告示で定める金額（事業所の所在地が７級地のため、単位数に 10.21 を乗じた額）であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等も自動的に改定されます。
（注２）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くこととなりますのでご留意ください。
（注３）上記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

（２）その他の費用

交通費	通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定訪問介護を行う場合に係る費用として、通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道１０円/ｋｍをいただきます。

（３）キャンセル料

利用予定日の前にサービス利用の中止又は変更をすることができます。
この場合には、利用予定日の前営業日１８時までに事業所に申し出てください。利用日の前営業日１８時までに連絡がなく、サービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料はいただきません。

キャンセルの時期	キャンセル料
ご利用日の前営業日１８時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用日の前営業日１８時～０時までにご連絡いただいた場合	利用料負担金の50%の額
当日キャンセル（０時以降）	利用料全額負担

（４）支払い方法

毎月、２０日頃に前月分の利用料の請求をいたしますので、翌月２０日までにお支払ください。
お支払方法は、銀行振り込みにてお願い致します。

８．サービスの利用に当たっての留意事項

・サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐにお申し出ください。
・サービス提供に当たって、訪問介護員等は次のことをお受けすることはできませんので、あらかじめご了承ください。
① 医療行為及び医療補助行為
② 利用者の家族に対するサービス提供
③ 利用者及びその家族からの金銭又は物品の授受

９．秘密保持及び個人情報の保護

・事業者及びその従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。
・事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「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」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
・事業所は、利用者の個人情報については利用者から、その家族の個人情報についてはその家族から予め文書で同意を得ない限り、利用者の居宅サービス計画等の立案のためのサービス担当者会議、居宅サービス事業者等との連絡調整等において、利用者又はその家族の個人情報を用いません。

１０．緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 （家族等）	氏名（利用者との続柄） 電話番号	

１１．事故発生時の対応

訪問介護の提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

１２．苦情相談窓口

サービス提供に関する苦情や相談は、下記の窓口でお受けします。

（１）事業所の窓口

事業所相談窓口	電話番号 079-456-3085 受付時間　月曜日から金曜日　９時から１８時 担当者名　奥田　順子又は松田　あゆみ

（２）その他苦情申立の窓口

苦情受付機関	兵庫県社会福祉協議会 兵庫県福祉サービス運営適正化委員会	電話　０７８－２４２－６８６８
	加古川市介護保険課	電話　０７９－４２７－９２２０
	兵庫県国民健康保険団体連合会	電話　０７８－３３２－５６１７

１３．サービスの終了

（１）利用者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日前までに文書でお申し出下さい。

ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間が7日以内の通知でもこの契約を解約することができます。

（２）事業所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。その場合は、１ヶ月前までに文書で通知します。

（３）自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

・利用者が介護保険施設へ入院又は入所した場合
・利用者の要介護状態区分が要支援又は自立となった場合
・利用者が死亡した場合

（４）その他

①次の場合は、利用者は文書で解約を通知することにより、直ちにサービスを終了することができます。

・事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合
・事業者が、守秘義務に反した場合
・事業者が、利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
・事業者が、倒産した場合

②その他、利用者は契約更新を希望しない場合、利用料等の変更に対して同意することができない場合には契約を解約することができます。

③次の場合は、事業者は文書で解約を通知することによって直ちにサービスを終了させていただく場合があります。

・利用者の利用料等の支払いが3ヶ月以上遅延し、利用料等を支払うよう催告したにも拘らず、別途定めた期限内に支払われなかった場合
・利用者又はその家族が事業者や従業者又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

令和　　年　　月　　日

事業所は、利用者へのサービス提供開始に当たり、上記のとおり重要事項を説明しました。

説　明　者　　所 在 地　　加古川市加古川町稲屋 454-1 ヴァールハイマート 101
事業所名　　ケア　ひだまり
職・氏名　　管理者兼サービス提供責任者　　奥田　順子　　印

私は、事業所より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利　用　者　　住　所
氏　名　　印
代　理　人
住　所
氏　名　　印（続柄　　）