

訪問介護 重要事項説明書

ヘルパーステーション ジェイケア

1 事業所の概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	ヘルパーステーション ジェイケア
所在地	愛知県知多郡武豊町二ヶ崎一丁目 46 番地
介護保険指定番号	訪問介護 (愛知県 2375702442 号)
サービスを提供する地域	武豊町、南知多町、美浜町、常滑市、半田市、阿久比町

※ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 営業時間

月～金	午前8:00～午後5:00
-----	---------------

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者		1名	名	名
サービス提供責任者	看護師	1名	名	名
サービス従業者	介護職員初任者研修修了者 あるいは 訪問介護員養成研修2級修了者	4名	8名	12名

(4) サービス提供の時間帯

	早朝 6:00～8:00	通常時間帯 8:00～18:00	夜間 18:00～22:00
平日・土	○	○	○
日・祝日	○	○	○

※ 時間帯により料金が異なります。

※ 早朝(6:00～8:00)深夜(22:00～6:00)のご利用につきましてはご相談ください。

(5) 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

2 サービス内容

(1) 身体介護

① 食事介助 ② 入浴介助 ③ 排泄介助 ④ 清拭 ⑤ 体位変換 等

(2) その他サービス

① 介護相談 等

3 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基本料金(料金表)の1割です。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。

[料金表—基本料金・通常時間]

身体介護	20分～30分未満				30分～1時間未満			
	介護給付費	1割負担	2割負担	3割負担	介護給付費	1割負担	2割負担	3割負担
	2,740円	274円	548円	822円	4,350円	435円	870円	1,305円
身体介護	1時間以上～1時間30分未満				1時間30分以上～2時間未満			
	介護給付費	1割負担	2割負担	3割負担	介護給付費	1割負担	2割負担	3割負担
	6,350円	635円	1,270円	1,905円	7,260円	726円	1,452円	2,178円

[その他の加算について]

	基本料金	1割負担	2割負担	3割負担
初回加算	2,000円/月	200円	400円	600円
緊急時訪問介護加算(訪問介護で身体介護を行った場合)	2,000円/月	100円	200円	300円

※ 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)で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、且つお客様の同意を得て、サービス従業者2人で訪問した場合は2人分の料金をいただきます。

※ 介護職員処遇改善加算(I) 合計所定単位数×13.7%

(1) 交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

サービスを提供する地域以外にお住まいの方は、サービス従業者がお尋ねするための交通費の実費をいただきます。

(2) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。

ただし、利用者様の容体の急変など、緊急やむを得ない事情の場合はその限りではありません。

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	介護保険にて定める料金の50%

※キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

(連絡先:ヘルパーステーション ジェイケア TEL0569-74-2236)

(3) 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、電話等の費用はお客様のご負担になります。

② 通院介助などで交通機関を利用した場合、サービス従業者の交通費はお客様のご負担になります。

③ 料金の支払方法

料金の支払方法は、毎月月末締めとし、翌月15日までに当月分の料金を請求いたしますので、末日までにお支払いください。お支払い方法は、原則、口座引き落としとさせていただきます。

④ まれに、交通事情によりサービス時間が多少前後することがございますがご了承ください。

⑤ サービス期間中、当事業所のヘルパーが同行研修する場合がございますのでご了承ください。

- ⑥ お客さまのご希望に沿ってヘルパーを決めておりますが固定ヘルパーご希望の場合、必ずしもご希望に添えない場合がございます。やむを得ずヘルパーが変更する場合がございますのでご了承ください。
- ⑦ 誠に恐縮ではございますが、お茶・お菓子などのお心遣いはご遠慮下さい。

4 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当ステーション職員がお伺いいたします。訪問介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① お客様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1週間前までに文書でお申し出ください。

② 当ステーション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ございます。その場合は、終了1ヶ月までに文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了します）

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕又は要支援と認定された場合
- ・ お客様が亡くなられた場合

④ その他

- ・ 当ステーションが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族の方などが、当ステーションや当ステーションのサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当ステーションにより文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

(3) 事故発生時の対応

利用者に対する指定訪問介護のサービス提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。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せん。

5 当ステーションの訪問介護サービスの特徴など

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	有	希望される方はお申し出ください
従業員への研修の実施	有	1ヶ月に1回全体研修があります
サービスマニュアルの作成	有	

6 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、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

7 当ステーションが提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

(1) 当ステーションお客様相談・苦情窓口

担当 _____ 電話 0569-72-2236

(2) サービスに関する相談や苦情については、下記窓口で対応します。

南知多町役場保険介護課	TEL : 0569-65-0711	FAX : 0569-65-4135
美浜町役場厚生部福祉課 高齢介護係	TEL : 0569-82-1111 (内線 361・362)	FAX : 0569-83-0755
武豊町役場福祉課	TEL : 0569-72-1111	FAX : 0569-72-1115
常滑市役所福祉課	TEL : 0569-35-5111	FAX : 0569-35-4329
阿久比町役場 健康介護課介護保険係	TEL : 0569-48-1111	FAX : 0569-48-0229
半田市役所 高齢介護課	TEL : 0569-21-3111	FAX : 0569-25-2062
愛知県健康福祉部 高齢福祉施設課グループ	TEL : 052-954-6287	FAX : 052-954-6919
愛知県国民健康保険団体連 合会	TEL : 052-971-4165	FAX : 052-962-8870
愛知県社会福祉協議会	TEL : 052-232-1181	FAX : 052-232-2050

9 第三者評価実施の有無

なし

事業者	株式会社 ジェイケア	
所在地	愛知県半田市岩滑中町四丁目7番地1	
代表取締役	大橋 将太	
事業所	ヘルパーステーション ジェイケア	
	愛知県知多郡武豊町二ヶ崎一丁目46番地	
	(指定番号 237502442 愛知県)	
	年 月 日	
(利用者)	住所: _____	
	氏名: _____ 印	
(身元引受人)	住所: _____	
	氏名: _____ 印 (続柄: _____)	