

海山園ヘルパーステーション 重要事項説明書

(介護給付・日常生活支援総合事業 共通)

1 事業所の概要

(1) 事業所の名称等

名 称	海山園ヘルパーステーション
所 在 地	京都府京丹後市久美浜町湊宮467番地の60
事 業 所 番 号	2672400062
サービス提供地域	京都府京丹後市久美浜町内及び網野町浜詰・木津

(2) 職員の体制（職員配置は指定基準を遵守しています）

職 種	員 数
管 理 者	1名（兼務）
サービス提供責任者	3名以上（訪問介護員と兼務）
訪 問 介 護 員	12名以上（内10名以上は非常勤職員）

(3) 営業日

月曜日 ～ 日曜日までの毎日

(4) 営業時間

0時 ～ 24時

2 提供するサービス内容

(1) 身体介護

- ・食事の介護
- ・排泄の介護
- ・衣類着脱の介護
- ・入浴の介護
- ・身体の清拭、洗髪
- ・その他

(2) 生活援助

- ・調理
- ・衣類の洗濯、補修
- ・住居等の掃除、整理整頓
- ・生活必需品の買い物
- ・関係機関との連絡
- ・その他必要な家事相談
- ・その他必要なこと

(3) その他のサービス

- ・介護相談等

3 利用料金

(1) 介護保険給付対象サービス

お支払いいただく料金は、原則としてお持ちの負担割合証に記載の割合が基準となります。表に記載しております金額は、1割負担の場合の金額となります。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用等は全額自己負担となります。

<訪問介護サービスの利用料>

【利用料金表】 ※特定事業所加算Ⅱを適用の場合

	20 分未満	20 分以上 ～30 分未満	20 分以上 ～45 分未満	30 分以上 ～1 時間未満	45 分以上
身体介護	179 円	268 円		426 円	
生活援助			197 円		242 円

	1 時間以上 ～1 時間半未満	1 時間半以上 ～2 時間未満	2 時間以上 ～2 時間半未満	2 時間半以上 ～3 時間未満	3 時間以上 ～3 時間半未満
身体介護	624 円	714 円	804 円	894 円	985 円
生活援助					

	3 時間半以上 ～4 時間未満	4 時間以上 ～4 時間半未満	以降 30 分 増す毎に
身体介護	1,075 円	1,165 円	約 90 円増加
生活援助			

* ご利用の時間帯について、下記のとおり加算されます。

早朝加算 午前 6 時～午前 8 時迄の間ご利用の場合は、上記金額に 25%の加算

夜間加算 午後 6 時～午後 10 時迄の間ご利用の場合は、上記金額に 25%の加算

深夜加算 午後 10 時～午前 6 時迄の間ご利用の場合は、上記金額に 50%の加算

* やむを得ない事情で、かつ、利用者の同意を得て、2 人で訪問した場合は、2 人分の料金となります。

* 事業所の体制等により下記の加算を算定する場合があります。

【利用料金表】 加算部分

名 称	料金等	備 考
緊急時訪問介護加算	100	・居宅サービス計画にない訪問介護を緊急で行った場合
初回加算	200	・サービス提供責任者が初回の属する月に訪問・同行を行った場合
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100	・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成すること ・当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリ

		テーション等のサービス提供の場において、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うこと理学療法士等が訪問行った際にサービス提供責任者が同行し、利用者の身体の状態等の評価を協働して行い、かつ生活機能の向上を目的とした訪問計画を作成した場合
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200	・現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合
口腔連携強化加算	50	・事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合等に、1月に1回に限り所定単位数を加算
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	3	ア 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が利用者の2分の1以上 イ 認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置 ウ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合 エ 当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	4	ア 認知症専門ケア加算（Ⅰ）のイ・エの要件を満たすこと イ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の20以上 ウ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合 エ 認知症介護指導者研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施 オ 介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定
特定事業所加算（Ⅰ）	所定単位数の20%加算	・特定事業所加算の要件概略（1）～（6）、（9）、（10）に適合し（13）又は（14）のいずれかに適合の場合
特定事業所加算（Ⅱ）	所定単位数の10%加算	・特定事業所加算の要件概略（1）～（5）に適合し（9）又は（10）のいずれかに適合の場合
特定事業所加算（Ⅲ）	所定単位数の10%加算	・特定事業所加算の要件概略（1）～（6）に適合し（11）又は（12）のいずれかに適合かつ、（13）又は（14）のいずれかに適合の場合

特定事業所加算（Ⅳ）	所定単位数の3%加算	・特定事業所加算の要件概略（１）～（５）に適合し、（１１）又は（１２）のいずれかに適合した場合
特定事業所加算（Ⅴ）	所定単位数の3%加算	・特定事業所加算の要件概略（１）～（５）、（７）、（８）に適合の場合
介護職員処遇改善加算Ⅰ		・一定基準に適合している介護職員賃金改善等を実施している事業所が利用者に対し、サービスを行った場合、利用総単位数の1,000分の245に相当する単位数を加算
介護職員処遇改善加算Ⅱ		・上記と同様であるが、算定要件若干不足の為、算定する総単位数の1,000分の224の単位数を加算
介護職員処遇改善加算Ⅲ		・上記と同様であるが、算定要件若干不足の為、算定する総単位数の1,000分の182の単位数を加算

＊事業所と同一建物、同一敷地内建物等の利用者にサービスを行なう場合は所定単位数の減算を行いません。

【特定事業所加算の要件概略】

- （１）訪問介護員等・サービス提供責任者ごとに作成された研修計画に基づく研修の実施
- （２）利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項の伝達等を目的とした会議の定期的な開催
- （３）利用者情報の文書等による伝達、訪問介護員等からの報告
- （４）健康診断等の定期的な実施
- （５）緊急時等における対応方法の明示
- （６）病院、診療所又は訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて訪問介護を行うことができる体制の整備、看取り期における対応方針の策定、看取りに関する職員研修の実施等
- （７）通常の事業の実施地域内であって中山間地域等に居住する者に対して、継続的にサービスを提供していること
- （８）利用者の心身の状況またはその家族等を取り巻く環境の変化に応じて、訪問介護事業所のサービス提供責任者等が起点となり随時介護支援専門員、医療関係職種等と共同し、訪問介護計画の見直しを行っていること
- （９）訪問介護員等のうち介護福祉士の占める割合が30%以上、又は介護福祉士、実務者研修修了者、並びに介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の占める割合が50%以上
- （10）全てのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士、又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者・介護職員基礎研修課程修了者・1級課程修了者
- （11）サービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置していること
- （12）訪問介護員等の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること
- （13）利用者のうち、要介護4、5である者、日常生活自立度（Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ）である者、たんの吸引等を必要とする者の占める割合が20%以上

- (14) 看取り期の利用者への対応実績が1人以上であること（併せて体制要件(6)の要件を満たすこと）

＜第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）の利用料＞

【利用料金表】基本部分（月額）

対象者	料 金	備 考
要支援 1, 2 事業対象者	1, 176	1 週に 1 回程度のご利用
要支援 1, 2	2, 349	1 週に 2 回程度のご利用
要支援 2	3, 727	上記を超えるご利用（要支援 2 の方）

【利用料金表】加算部分（月額）

名 称	料 金	備 考
初回加算	200	サービス提供責任者が初回の属する月に訪問・同行を行った場合
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100	・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成すること ・当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うこと理学療法士等が訪問行った際にサービス提供責任者が同行し、利用者の身体の状態等の評価を協働で行い、かつ生活機能の向上を目的とした訪問計画を作成した場合
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200	現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合
口腔連携強化加算	50	事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合等に、1月に1回に限り所定単位数を加算する。
介護職員処遇改善加算Ⅰ		一定基準に適合している介護職員賃金改善等を実施している事業所が利用者に対し、サービスを行った場合、利用総単位数の1,000分の245に相当する単位数を加算

介護職員処遇改善加算Ⅱ		上記と同様であるが、算定要件若干不足の為、算定する総単位数の1,000分の224の単位数を加算
介護職員処遇改善加算Ⅲ		上記と同様であるが、算定要件若干不足の為、算定する総単位数の1,000分の182の単位数を加算

＊事業所と同一建物、同一敷地内建物等の利用者にサービスを行なう場合は所定単位数の減算を行いません。

(2) 介護保険給付対象外のサービス

種 類	内 容	料 金
交通費	・前記1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。	・京丹後市峰山町・豊岡市 ・・・200円 ・京丹後市大宮町・丹後町・弥栄町・ ※その他の地域・・・300円
複写物	・サービス実施記録等のコピーを希望されたときは、お渡しします。	・1枚につき 10円

※但し、網野町については、通常サービス地域と距離が変わらない為、無料とする。

(3) キャンセル料（介護予防訪問介護は除く）

急なキャンセルの場合は、下記の料金を頂きます。

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。（連絡先 0772-83-2111）

ご利用の24時間前までにご連絡いただいた場合	無 料
ご利用の12時間前までにご連絡いただいた場合	利用料金の 50%
ご利用の12時間前までにご連絡がなかった場合	利用料金の100%

(4) その他

利用者の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用は利用者の負担になります。

(5) 利用料の支払方法

前記(1)～(4)までの料金・費用は、1カ月分をまとめて計算しご請求しますので、いずれかの方法でお支払い下さい。

①金融機関自動振替の場合

・請求書発行日の月末に振替先口座(京都銀行・京都北都信用金庫・京都農業協同組合・但馬信用金庫)より引き落としさせていただきます。

②金融機関振込みの場合

- ・請求書発行日から月末までに下記口座へお振込み下さい。

京都銀行 久美浜支店 普通預金 NO. 3240075

京都農業協同組合 久美浜支店 普通貯金 NO. 3938405

但馬信用金庫 久美浜支店 普通預金 NO. 0040766

社会福祉法人 太陽福祉会 理事 鹿野 勇

京都北都信用金庫 久美浜支店 普通預金 NO. 0977564

社会福祉法人 太陽福祉会 理事長 鹿野 勇

(6) 社会福祉法人による本人負担金減額制度について

当社会福祉法人と契約済みの市町村発行の「社会福祉法人等利用者負担軽減確認証」の提示が必要です。減額率と減額する内容は「社会福祉法人等利用者負担軽減確認証」で定められたものとします。

4 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

居宅サービス計画（介護予防居宅サービス計画）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。

訪問介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

①利用者の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。

②当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、終了1カ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者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利用者の要介護・要支援認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

④その他

当事業所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、利用者や家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当事業所が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

利用者が、サービス料金の支払いを3カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず20日以内に支払わない場合、又は利用者や家族等が当事業所又は当事業所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。

5 当事業所の訪問介護サービスの特徴等

(1) 運営方針

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が送れるよう、入浴、排泄、食事の介助、その他生活全般にわたって援助し、利用者本人の希望と在宅生活上の課題を解決する為に、利用者の選択に基づき適切な介護サービスを提供できるよう居宅介護支援事業所やかかりつけ医等の関係機関と密接な連携に努めるものとする。

(2) サービスの利用のために

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	無	
従業員への研修の実施	有	年数回、内部、外部研修を実施します
サービスマニュアルの作成	有	
その他		

6 緊急時の対応方法

(1) サービスの提供中に容態の変化や事故等があった場合は、事前の打ち合わせに従い主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者、市町村等へ連絡します。

(2) 損害賠償について

①当施設において、事業者の責任により契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。但し、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

②事業者は、事故の責めに帰すべき事由がない限り損害賠償責任を免れます。

とりわけ以下に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- ・契約者（その家族、身元引受人等も含む）が契約締結に際し、契約者の心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合。

- ・契約者（その家族、身元引受人等も含む）が、サービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行った事に専ら起因して損害が発生した場合。
- ・契約者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合。
- ・契約者が、事業者もしくはサービス従事者の指示等に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合。

7 相談・苦情の窓口

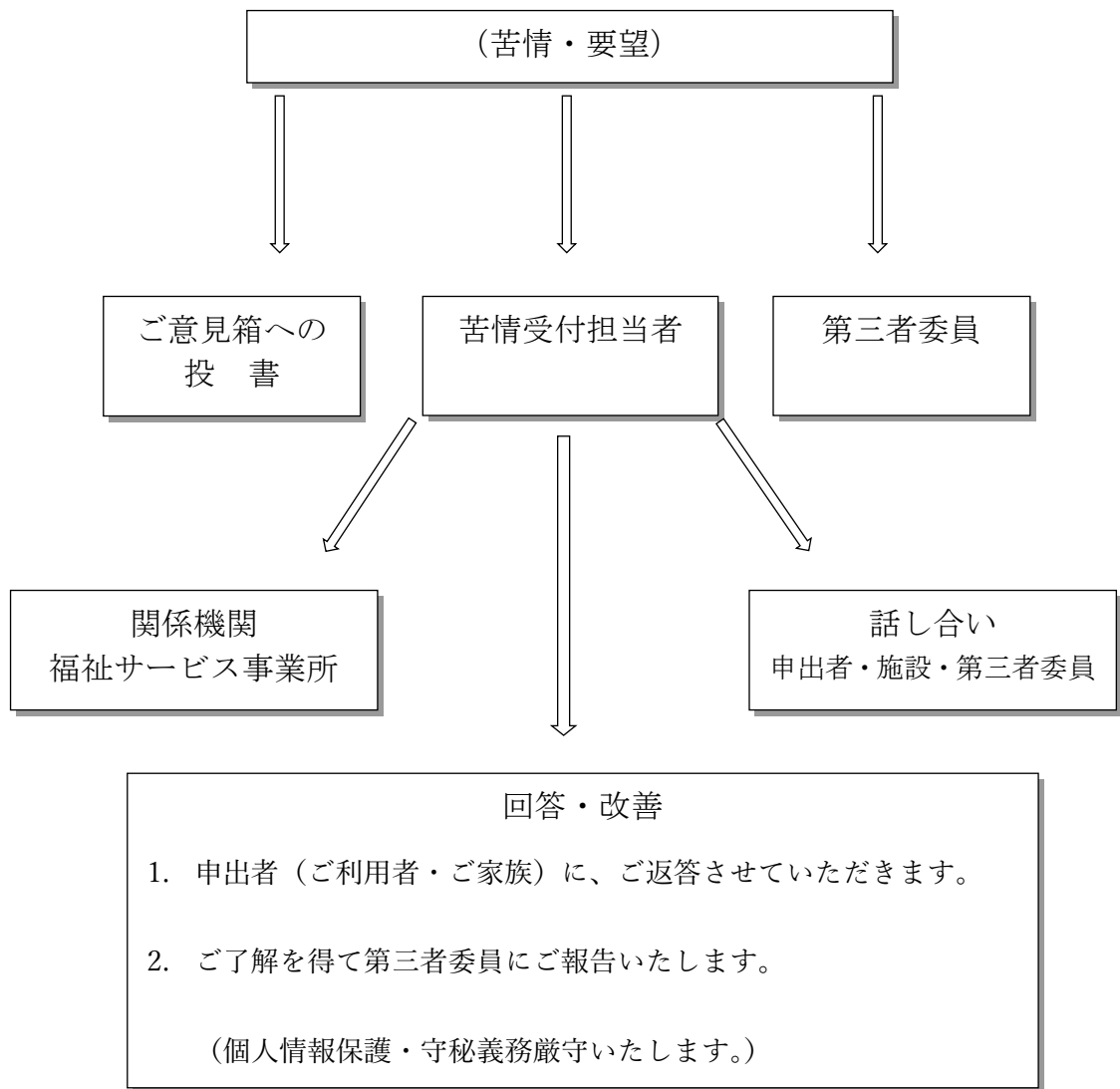
（１）当施設

当事業所ご利用相談室	窓口担当者	小森 彩子
	ご利用時間	毎日午前９時～午後６時 (当事業所の休日以外)
	ご利用方法	電話 ０７７２－８３－２１１１ 面接 上記窓口担当者 苦情箱（受付に設置）

（２）行政機関その他苦情受付機関

京丹後市 健康長寿福祉部 長寿福祉課	所在地	〒６２７－００１２ 京都府京丹後市峰山町杉谷６９１
	電 話	０７７２－６９－０３３０
	F A X	０７７２－６２－１１５６
	受付時間	午前８時３０分～午後５時１５分 (土・日・祝日は除く)
京都府国民健康保険 団体連合会	所在地	〒６００－８４１１ 京都市下京区烏丸通四条下ル水銀屋町６２０番地 COCOON烏丸内
	電 話	０７５－３５４－９０９０
	F A X	０７５－３５４－９０５５
	受付時間	午前９時００分～午後５時００分 (土・日・祝日は除く)

(3) 苦情受付の仕組み



8 事業者の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 太陽福祉会
代表者役職・氏名	理事長 鹿野 勇
所在地	京都府京丹後市久美浜町湊宮467番地の60
電話番号	0772-83-2111
定款の目的に定める事業	1 特別養護老人ホームの経営 2 軽費老人ホームの経営 3 老人デイサービス事業の経営 4 老人短期入所事業の経営 5 老人居宅介護等事業の経営 6 認知症対応型老人共同生活援助事業の経営 7 小規模多機能型居宅介護事業の経営 8 障害福祉サービス事業の経営

令和 年 月 日

海山園ヘルパーステーションのご利用を申し込まれるにあたり、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

事業者

所在地 京都府京丹後市久美浜町湊宮 4 6 7 番地の 6 0

名称 海山園ヘルパーステーション

説明者氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、海山園ヘルパーステーションのサービス提供開始及び利用料の徴収に関して同意しました。

利用者

住所 _____ 京都府京丹後市

氏名 _____ 印

利用者が、署名出来ない為、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代行しました。

署名代行者

住所 _____ 京都府京丹後市

氏名 _____ 印
(利用者との関係)

身元引受人

住所 _____ 京都府京丹後市

氏名 _____ 印
(利用者との続柄)