

訪問介護重要事項説明書

<令和8月年6月1日現在>

1 訪問介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社 ヒューマンケアブロッサムズ		
代表者名	橋部 昌浩		
所在地・連絡先	(住所)	熊本県熊本市東区若葉一丁目33番16号	
	(電話)	096-237-9977	
	(FAX)	096-237-9978	

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	ブロッサムありさ		
所在地・連絡先	(住所)	熊本県八代市郡築三番町81番2号105号室	
	(電話)	0965-62-8539	
	(FAX)	0965-62-8529	
事業所番号	4 3 7 0 2 0 3 2 2 8		
管理者の氏名	笠 翔馬		

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数	区分	非常勤(人)	常勤換算後の人数(人)	職務の内容
	(人)	常勤(人)			
管理者	1	1		0.5	管理職
サービス提供責任者	2	2		1.5	サービス提供責任者・訪問介護職員
訪問介護員	介護福祉士				
	1級ヘルパー				
	2級ヘルパー	3	3		3
3級ヘルパー					
事務職員等					

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯(9:00~17:00) 常勤で勤務	週休2日
サービス提供責任者	正規の勤務時間帯(9:00~18:00) 変形労働時間制	週休2日
訪問介護員	日勤(9:00~18:00) 変形労働時間制	週休2日

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	熊本県全域
---------	-------

(5) 営業日

営業日	営業時間
平日	9:00~18:00

営業しない日	土曜日・日曜日・祝日・8月12日午後~8月15日・12月29日午後~1月3日 ゴールデンウィーク・シルバーウィーク(※会社規定による)
--------	--

3 サービスの内容

訪問介護サービスの内容は、利用者の居宅に訪問介護員を派遣し、利用者に対して身体介護及び生活援助、その他日常生活上の援助を行うものとします。

4 費用

(1) 介護保険給付対象サービス

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金に各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が利用者の負担額となります。お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

【料金表】<介護福祉士、1,2級ヘルパー利用の場合>

A. 介護予防訪問介護相当サービス（独自）費（1割負担の場合）

1. 基本単位

介護度	種 類	単 位	
要支援1・2	訪問型独自サービスⅠ（週1回程度）	1176単位	1月につき
要支援1・2	訪問型独自サービスⅡ（週2回程度）	2349単位	
要支援2	訪問型独自サービスⅢ（週2回を超える程度）	3727単位	
同一敷地内建物等の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合×90%			

2. 各種加算等

種 類	料 金	確 認
特別地域加算	所定単位数の15%加算	1月につき
初回加算	200単位加算	
特定事業所加算Ⅰ	20%加算	
特定事業所加算Ⅱ	10%加算	
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100単位加算	
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200単位加算	
介護職員処遇改善加算（Ⅰイ）	所定単位数の270/1000加算	
介護職員処遇改善加算（Ⅰロ）	所定単位数の287/1000加算	
介護職員処遇改善加算（Ⅱイ）	所定単位数の249/1000加算	
介護職員処遇改善加算（Ⅱロ）	所定単位数の266/1000加算	
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の207/1000加算	
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	所定単位数の170/1000加算	

B. 訪問介護費（1割負担の場合）

1. 基本単位

＜ 身 体 介 護 ＞	
種 類	単 位
20分未満	163単位
20分以上30分未満	244単位
30分以上1時間未満	387単位
1時間以上1時間半未満	567単位
1時間半以上+30分毎	82単位
1回につき	
＜ 生 活 援 助 ＞	
種 類	単 位
20分以上45分未満	179単位
45分以上	220単位
1回につき	
＜身体介護に引き続き生活援助（20分以上）を行った場合＞	
種 類	単 位
20分以上	65単位
70分以上	195単位 (限 度)
1回につき	

※2人の介護員等の場合
単位×200%

※夜間早朝の場合
25%加算

※深夜の場合
50%加算

2. 各種加算等

種 類	単 位	確 認
同一敷地内建物等の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	所定単位数の10%減算	1月につき
同一敷地内建物等の利用者50人以上にサービスを行う場合	所定単位数の15%減算	
特別地域訪問介護加算	所定単位数の15%加算	1回につき
緊急訪問介護加算	100加算	
初回加算	200加算	1月につき
特定事業所加算Ⅰ	20%加算	
特定事業所加算Ⅱ	10%加算	
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100加算	
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200加算	
介護職員処遇改善加算（Ⅰイ）	所定単位数の270/1000加算	
介護職員処遇改善加算（Ⅰロ）	所定単位数の287/1000加算	
介護職員処遇改善加算（Ⅱイ）	所定単位数の249/1000加算	
介護職員処遇改善加算（Ⅱロ）	所定単位数の266/1000加算	
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	所定単位数の207/1000加算	
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	所定単位数の170/1000加算	

- ・前記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は1ヶ月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。
- ・利用者の身体的理由もしくは暴行行為等の事情があり、かつ、お客様又はその家族等の同意を得て、訪問介護員が2人で訪問する場合は、2人分の料金となります。

(2) 介護保険給付対象外サービス

種 類	利 用 料
介護保険給付対象外サービス	自己負担

(3) 交通費

2の(4)の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。
通常事業の実施地域を越えた地点から往復1kmあたり22円（1km未満は切上にて計算）

(4) その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、お客様の負担となります。
それ以外の地域にお住まいの方は交通費の実費が必要となります。

(5) キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。
ただし、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の2日前までに連絡があった場合	無 料
利用日の前日に連絡があった場合	利用料自己負担部分の50%
利用日の前日までに連絡がなかった場合	利用料自己負担部分の100%

(6) 利用料等のお支払方法

①現金の場合 サービス提供時にその都度、もしくは月に1度定めた日にまとめて徴収いたします。
※現金受領の際、領収証を発行します。

②送金の場合 5日までにお支払額をお知らせいたしますので10日までに下記の口座へ振込をお願いします。

肥後銀行 健軍支店
普通預金口座（口座番号 普1835416 ）
口座名義 カ) ヒューマンケアプロッサムズ ダ) ハシベマサヒロ

③自動口座振替の場合
利用者の銀行口座より毎月28日に自動引落しいたします。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

株式会社ヒューマンケアプロッサムズが開設する指定介護予防訪問介護・訪問介護事業所プロッサムやつしろが行う介護予防訪問介護・訪問介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護福祉士又は訪問介護員研修の修了者が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な訪問介護を提供することを目的とする。

(2) 運営方針

訪問介護員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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う。

(3) その他

事項	内容
訪問介護計画の作成及び事後評価	担当のサービス提供責任者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、訪問介護計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従業員研修	年2回 訪問介護員等の資質向上を図るために

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 谷口雄介（お客様相談センター）
	ご利用時間 9：00～17：00 ※土曜日曜日を除く (平日のみ。但しご要望があれば左記時間以外も対応します)
	ご利用方法 電話 096-243-0009 FAX 0965-62-8529 面接 (当事業所相談室) 苦情箱 (当事業所に設置)

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。サービス提供外の場合は当事業所お客様相談窓口にご連絡ください、必要に応じ柔軟に対応いたします。

主治医	病院名及び所在地	
	氏名	
	電話番号	
緊急時連絡先（家族等）	氏名（続柄）	()
	住所	
	電話番号	

8 担当のサービス提供責任者

あなたを担当するサービス提供責任者は、笠 翔馬ですが、やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡を致します。

9 お客様へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問介護のサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者	住所	熊本県熊本市東区若葉一丁目33番16号
	事業者（法人）名	株式会社 ヒューマンケアプロッサムズ
	代表者名	代表取締役 橋部 昌浩 印

	住所	熊本県八代市郡築三番町81番2号105号室
	事業所名	プロッサムありさ
	（事業所番号）	4 3 7 0 2 0 3 2 2 8
説明者	職 名	
	氏 名	印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問介護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者	住 所	
	氏 名	印

代筆者	住 所	
代理人（選任した場合）	氏 名	印