

# 訪問介護サービス ひのき 重要事項説明書

( 令和 8年 月 日 現在)

## 1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 03-5933-0109

窓口 新井 寿里 ※ご不明な点は、なんでもお尋ね下さい。

## 2. 訪問介護サービス ひのきの概要

### (1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	鹿島開発株式会社 訪問介護サービスひのき
所在地	東京都練馬区大泉学園町7-11-22
介護保険指定番号	
サービスを提供する地域	練馬区 新座市

### (2) 同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	介護福祉士	1名	0名	管理者業務 サービス提供 責任者兼務	1名
サービス提供 責任者	介護福祉士	2名	0名	サービス提供 責任者業務	2名
事務職員		0名	0名	0名	0名
従事者	介護福祉士	1名	0名	訪問介護職	1名
	1～2級修了者	1名	7名	訪問介護職	8名
	初任者研修	0名	1名	訪問介護職	1名
	実務者研修	0名	0名	0名	0名

### (3) サービスの提供時間帯

	通常時間帯	早朝	夜間	深夜
平日	○	○	○	○
土・日・祝日	○	○	○	○

\*時間帯により料金が異なります。

### 3. サービス内容

#### (1) 身体介護

- ・食事介助
- ・入浴介助
- ・排泄介助
- ・清拭
- ・体位交換 …等

#### (2) 生活援助

- ・買物
- ・調理
- ・掃除
- ・洗濯

### 利用料金

#### 【料金表 基本料金・昼間】

身体介護	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 ～1時間未満	1時間以上～ 1時30分未満	1時間30分以上 (30分増す毎)
単位数	166	249	395	577	+83
10割負担 (円)	1892	2838	4503	6577	946
1割負担 (円)	190	284	451	658	95
2割負担 (円)	379	568	901	1316	190
3割負担 (円)	568	852	1351	1974	284

生活援助	20分以上 ～45分未満	45分以上
単位数	182	224
10割負担 (円)	2074	2553
1割負担 (円)	208	256
2割負担 (円)	415	511
3割負担 (円)	623	766

注 特定事業所加算 (I) を算定する場合

上記単位数の 20%増

注 特定事業所加算 (II) を算定する場合

上記単位数の 10%増

注 特定事業所加算 (III) を算定する場合

上記単位数の 10%増

注 特定事業所加算 (IV) を算定する場合

上記単位数の 5%増

注 同一建物に対する減算に該当する場合

上記単位数の 10%～15 減

\*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。

\*上記の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) に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、かつ、お客様の同意を得て、2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。

(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1~3割負担です。
- ・ 負担割合を確認するため、毎月、区や市が交付する負担割合証をご提示下さい。
- ・ 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。

(2) 加算

関係法令に基づいた下記の費用が、別途利用者負担金に加算されます。

① 初回訪問加算

新規に訪問介護計画書を作成した利用者に対して、サービス提供責任者が初回訪問に属する月に訪問介護を行った場合、もしくは同行した場合は、1月につき200単位を加算します。

② 緊急時訪問介護加算

計画的に訪問されていない指定訪問介護（身体介護）を、担当介護支援専門員と連携し緊急に実施した時に100単位加算されます。【対応時間 9：00～18：00】

③ 生活機能向上連携加算

生活機能向上連携加算（Ⅰ）100単位／月

・ 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又は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・医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）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の向上を目的とした訪問介護計画を作成（変更）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、又はICTを活用した動画等により、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上記を満たした場合加算します。

生活機能向上連携加算（Ⅱ）200単位／月

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加算します。

④ 介護職員処遇改善加算

介護職員処遇改善加算として、毎月算定した総単位にサービス別加算率を乗じた単位数で算定します。

		単位数	利用料(円)			
			10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
初回加算	1月につき	+200	2280	228	456	684
緊急時訪問介護加算	1回につき (身体介護について算定)	+100	1140	114	228	342
生活機能向上連携加算	加算(Ⅰ) / 月	+100	1140	114	228	342
	加算(Ⅱ) / 月	+200	2280	228	456	684
介護職員処遇改善加算	1月につき(利用者ごとに、当該月の介護報酬総単位数*について算定) *基本サービス費+各種加算・減算の単位数					
	要件	処遇改善加算の単位数			利用料(10割分)	
加算(Ⅰ)	キャリアパス要件及び定量的要件をすべて満たす対象事業所	介護報酬総単位数×8.6% *1単位未満の端数は四捨五入			左の単位×1単位の単位	

(3) 交通費

サービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域の方は、ホームヘルパーが訪問するための交通費の実費が必要です。

(4) キャンセル料

利用者の都合により、急なキャンセルの場合は次のキャンセル料を頂きます。

キャンセルが必要となった場合にはお早めにご連絡ください。

(連絡先 03-5933-0109)

ご利用の前日夕方18時【営業時間内】までにご連絡をいただいた場合	無料
上記の時間以降若しくは当日キャンセルの場合	当該基本料金(10割負担額)の50%

※ただし、利用者の急な入院などのやむを得ない事情(緊急時のみ)によるキャンセルについては、事業者はキャンセル料を請求しない場合があります。(通常の体調不良、定期的な病院受診、予約による受診などはキャンセル料をいただきます。)

やむを得ない場合の判断は事業所が判断致します。

また、ご本人以外の事柄での緊急時にて当日キャンセルになった場合は、キャンセル料が発生します。

(5) 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・電気等の費用はお客様のご負担になります。
- ② 料金のお支払い方法  
毎月、15日までに書面もしくは電話にて、先月分の請求のご連絡をいたしますので、月末日以内に現金、もしくは預金口座振替自動振り込みのいずれかの方法にてお支払い下さい。
- ③ お支払いが確認でき次第、領収書をお渡しします

4. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込み下さい。当社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。

(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週間前迄に文書でお申し出下さい。

②当社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頂く場合がございます。その場合は、終了1ヶ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、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。

①お客様が介護保険施設に入所した場合

②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）、要支援と認定された場合

③お客様がお亡くなりになった場合

(4) その他

①当社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理念を逸脱する行為を行った場合、又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サービスを終了することができます。

②お客様が、サービス利用料金の支払いを2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などが当社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頂く場合がございます。

## 5. 当社の訪問介護サービスの特徴等

### (1) 運営の方針

当事業者は、利用者に対し、介護保健法令の趣旨に従って、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訪問介護を提供いたします。

### (2) サービス利用のために

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で下さい
男性ヘルパーの有無	無	
従業員への研修の実施	有	年10回以上研修を実施しています
サービスマニュアルの作成	有	

### 緊急時の対応方法

サービスの提供中に様態の変化があった場合は、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

前項について、しかるべき対応をした場合には、速やかに管理者に報告します。

主治医	氏名 大泉学園ふれあいクリニック 浦崎院長	連絡先 03-5933-2078 在宅診療室
ご家族	氏名	連絡先

## 6. サービス内容に関する苦情

① 社苦情担当 担当：新井 寿里 電話： 03-5933-0109

② 受付時間 日曜、12月30日～1月3日除く 9：00～18：00

担当者が不在の場合の対応 他職員が内容を承った上、上記担当者へ電話連絡し  
受付時間外は管理者へ電話転送となります。

③ 当社以外に、区市町村の相談・苦情窓口で苦情を伝えることができます。

・大泉北地域包括支援センター 03-3924-2006

・練馬区介護保険課 03-5984-2863

・練馬区保険福祉サービス苦情調整委員事務局 03-3993-1344

・東京都国民健康保険団体連合会 介護相談指導課 03-6238-0177

訪問介護の提供にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和        年        月        日

事業所        訪問介護サービス    ひのき  
所在地        東京都練馬区大泉学園町7-1-1-22  
代表者        本多 重晴

説明者        新井 寿里

私は、事業者から契約書および重要事項説明書を交付され訪問介護についての契約書および重要事項の説明を受け承諾・同意をいたします。

利用者        住所

氏名

代理人        住所

氏名

**\* 本重要事項説明書と同時に【契約書】にも署名・押印しそれをもって契約開始となります**