

## 訪問介護・第一号訪問事業重要事項説明書

&lt;令和8年6月1日改定&gt;

## ○ サービス担当責任者

氏名 内藤 直美連絡先 (TEL) 0267-56-3450

## 1. ヘルパーステーション たてしなの概要

## (1) 事業所の名称、所在地等

事業所名	ヘルパーステーション たてしな
所在地	北佐久郡立科町大字芦田720番地1
介護保険事業所番号	訪問介護事業 ( 2072100742 )
通常の事業の実施地域※	立科町・佐久市・東御市・長和町・上田市

※ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

## (2) 同事業所の職員体制

区分	資格	常勤	非常勤	業務内容
管理者(所長) 介護サービス	介護福祉士	1名		管理業務 介護サービス
サービス提供責任者	介護福祉士	2名	名	サービス提供管理 介護サービス
従事者	介護福祉士	1名	5名	介護サービス
	訪問介護員2 級	名	名	

## (3) 営業日、サービスの提供時間

営業日	年中無休			
サービスの提供 時間	通常時間帯 8:00~18:00	早朝 6:00~8:00	夜間 18:00~22:00	深夜 22:00~6:00
	通常料金	25%割増	25%割増	50%割増

※時間帯により料金が異なります。

## 2. サービス内容

## (1) 身体介護

・食事介助、入浴介助、清拭、洗面・整容介助、排泄介助、体位変換、受診介助等

## (2) 生活援助

・買物・調理・掃除・洗濯・薬取り等

## (3) その他のサービス

・相談援助等・見守りの援助

### 3. 利用料金

#### 【訪問介護】

☆ 身体介護中心 ☆				
時間	1回当たりの 利用料金	月額自己負担額 【1割負担の方】	月額自己負担額 【2割負担の方】	月額自己負担額 【3割負担の方】
20分未満	1,630円	163円	326円	489円
20分以上 30分未満	2,440円	244円	488円	732円
30分以上 1時間未満	3,870円	387円	774円	1,161円
1時間以上	5,670円	567円	1,134円	1,701円

1時間以上30分増すごとに82円かかります。

☆ 生活援助中心 ☆				
時間	1回当たりの 利用料金	月額自己負担額 【1割負担の方】	月額自己負担額 【2割負担の方】	月額自己負担額 【3割負担の方】
20分以上 45分未満	1,790円	179円	358円	537円
45分以上	2,200円	220円	440円	660円

☆ 身体介護に引き続く生活援助 ☆				平成30年8月1日～
時間	1回当たりの 利用料金	月額自己負担額 【1割負担の方】	月額自己負担額 【2割負担の方】	月額自己負担額 【3割負担の方】
20分以上	650円	65円	130円	195円
45分以上	1,300円	130円	260円	390円
70分以上	1,950円	195円	390円	585円

- ※ サービス利用合計額に15%の特別地域加算、10%の特定事業所加算、24.5%の介護職員等処遇改善加算が加算されます。
- ※ 初回の指定訪問介護を行った1月につき200円の初回加算があります。
- ※ 訪問介護を緊急に受けた場合、1回100円の緊急加算がかかります。
- ※ リハビリテーション専門職と共同して身体状況などを評価し、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画書を作成した場合、計画に基づく初回の当該指定訪問介護が行われてから3か月間、生活機能向上連携加算1月につき100円もしくは200円がかかります。
- ※ 看取り期における対応。2時間未満の間隔で訪問介護が行われた場合、所定時間を合算せずそれぞれの所定単位数を算定。

#### 【総合事業 訪問型サービス】月額利用料

##### ①総合サービス

区分	サービスの 内容	基本利用料	月額自己負担額 【1割負担の方】	月額自己負担額 【2割負担の方】	月額自己負担額 【3割負担の方】
訪問型独自サービスⅠ	週1回程度の利用が必要な場合	11,760円/月	1,176円/月	2,352円/月	3,528円/月
訪問型独自サービスⅡ	週2回程度の利用が必要な場合	23,490円/月	2,349円/月	4,698円/月	7,047円/月
訪問型独自サービスⅢ	週3回程度以上の利用が必要な場合	37,270円/月	3,727円/月	7,454円/月	11,181円/月

上記以外で、標準的な内容 1 回につき	2,870 円	287 円	574 円	861 円
生活援助が中心で、20 分以上 45 分未満の場合 (生活援助中心の場合)	1,790 円	179 円	358 円	537 円
生活援助が中心で、45 分以上の場合 (生活援助中心の場合)	2,200 円	220 円	440 円	660 円
短時間の身体介護が中心である場合、30 分未満	1,630 円	163 円	326 円	489 円

※ サービス利用合計額に 15% の特別地域加算、10% の特定事業所加算、24.5% の介護職員等処遇改善加算が加算されます。

※ 初回の指定介護予防訪問介護を行った 1 月につき 200 円の初回加算があります。

### 【訪問介護】【総合事業 訪問型サービス】

加算	自己負担 1 割の方	自己負担 2 割の方	自己負担 3 割の方
口腔連携強化加算	50 円	100 円	150 円

※ 口腔ケアの必要な方は、訪問介護員が利用者の同意を得て、口腔の健康状態の評価を実施し歯科医療機関及び介護支援専門員に対し情報提供をした場合 1 月に 1 回に限りかかります。

### ②訪問型サービス A

サービスの内容	基本利用料	月額自己負担額 【1割負担の方】	月額自己負担額 【2割負担の方】	月額自己負担額 【3割負担の方】
週 1 回利用の場合	8,800 円/月	880 円/月	1,760 円/月	2,640 円/月
週 2 回利用の場合	17,600 円/月	1,760 円/月	3,520 円/月	5,280 円/月

※ サービス利用合計額に 24.5% の介護職員等処遇改善加算がかかります。

※ 初回の第一号訪問事業（訪問型サービス A）を行った 1 月につき 200 円の初回加算があります。

\* 保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は一旦 1 回当たりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行します。

サービス提供証明書を後日、住所地の市町村介護保険担当窓口に提出しますと、差額の払戻しを受けることができます。

#### (1) 交通費

前記 1 の (1) の通常の事業の実施地域でのサービス提供は無料です。

通常の実施地域外でサービスを提供した場合には、交通費として 1 km 当たり 60 円かかります。

#### (2) キャンセル料（訪問介護のみ）

利用者のご都合でサービスを中止する場合は、下記のキャンセル料がかかります。

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	1 回当たりの利用料金の 5%
ご利用の 12 時間前までにご連絡がなかった場合	1 回当たりの利用料金の 10%

#### (3) その他

① 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 日までに前月分の請求を致しますので、現金の場合 10 日以内に現金でお支払いください。お支払い頂きますと領収書を発行します。

振込、口座からの自動振替の場合（佐久浅間農業協同組合・郵便局・長野県信用組合・八十二銀行）の4通りの中からご契約の際に選べます。ただし、口座からの自動振替は通帳への記帳により領収にかえさせていただきます。この場合でも必要に応じて領収書を発行します。

#### 4. 当事業所の訪問介護サービスの特徴等

##### (1) 運営の方針

利用者及び家族等の要望に添い、適切かつ効果的な「訪問介護計画」・「訪問型サービス介護計画」を作成し、可能な限り住み慣れた居宅で自立した生活ができるよう支援します。

##### (2) サービス利用のために

- ① 訪問介護員の変更を希望される方はお申し出ください。可能な限り対応します。
- ② 訪問介護員の研修は年1回以上実施しています

##### (3) 「福祉サービス第三者評価」は、実施していません。

#### 5. 緊急時の対応方法

- ① サービス提供中に、利用者の急変等緊急事態が生じた場合には、利用者の主治医などに連絡するとともに、医師の指示に従い適切な対応に当たります。また、速やかに管理者へ報告するとともに、利用者の家族、緊急連絡先、当該利用者の関わる居宅介護支援事業所へ連絡を行い、必要に応じて警察・消防署等へ協力依頼し、状況に応じ保険者に連絡します。尚、利用者の主治医および緊急連絡先に関しては、介護支援専門員と連絡をとるものとし
- ② 利用者又はその家族等から緊急時の要請に速やかに対応するため、365日24時間受け付けを行います。依頼を受けた時間、対応内容、提供時間帯を記録し、利用者の担当介護支援専門員に連絡を行い、必要に応じて緊急時訪問介護対応を行います。

連絡先 0 2 6 7 - 5 6 - 3 4 5 0

#### 『緊急連絡先』

氏 名		続 柄	
住 所			
電 話 番 号			

#### 『主 治 医』

病院又は診療所名	
医 師 名	
電 話 番 号	

## 6. サービス内容に関する相談・苦情

### ① 事業所の相談・苦情

#### 1. ご利用者相談・苦情担当

電 話 0 2 6 7 - 5 6 - 3 4 5 0

(受付時間：営業日 午前9時～午後5時まで)

苦情受付担当者 サービス提供責任者 氏 名 宮 下 政 江

苦情解決責任者 管 理 者 (所長) 氏 名 内 藤 直 美

#### 2. 当事業所 第三者委員会

### ② 長野県国民健康保険団体連合会 TEL 0 2 6 - 2 3 8 - 1 5 8 0

### ③ 各市町村介護保険担当窓口 当事業者以外に、あなたの住所地の市町村の介護保険担当課等に苦情を伝えることができます。

## 7. その他

本説明書のうち、厚生労働省が定める介護報酬単位の改定に係る利用料の変更及び事業者の軽微な変更については、別途通知により説明したものとし重要事項説明書による署名捺印はおこなわないものとする。

## 8. 当事業者の概要

名称・法人種別	社会福祉法人ハートフルケアたてしな	
代表者役職・氏名	理事長 土 屋 春 江	
本事業所在地	北佐久郡立科町大字芦田720番地1	
電話番号	0 2 6 7 - 5 6 - 1 9 5 5	
実施事業	1・居宅介護支援事業 2・指定介護老人福祉施設 3・短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護 4・通所介護・第一号通所事業 5・訪問介護・第一号訪問事業 6・認知症対応型共同生活介護 7・認知症対応型通所介護 8・施設内保育所 9・住宅型有料老人ホーム 10・市町村からの受託介護サービス事業他 11・障害者相談支援事業	
営業所数等	居宅介護支援	1ヶ所
	指定介護老人福祉施設 (すずらん)	1ヶ所
	短期入所生活介護 (すずらん)	1ヶ所
	通所介護 (やすらぎ・ほほえみ)	2ヶ所
	訪問介護	1ヶ所
	認知症対応型共同生活介護 (グループホーム だんらん)	1ヶ所
	認知症対応型通所介護 (だんらん)	1ヶ所
	保育所キラキラハウス	1ヶ所
	有料老人ホーム (徳花苑)	1ヶ所
	障害者相談支援事業所たてし	1ヶ所

訪問介護・第一号訪問事業の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者	所在地 名 称	北佐久郡立科町大字芦田720番地1 社会福祉法人ハートフルケアたてしな ヘルパーステーション たてしな 所 長 内 藤 直 美 印
	説明者	ヘルパーステーション たてしな 氏 名 印

私は、契約書および本書面により、事業者から訪問介護・第一号訪問事業についての重要事項の説明を受けました。

利用者	住所	
	氏名	印
(代理人)	住所	
	氏名	印

## 個人情報の取り扱いに関する同意書

私（ ）並びに家族・親族は、ヘルパーステーション たてしなが  
行う訪問介護を利用するにあたり、貴事業所が関係機関との連携において、私と私の家  
族等に関する必要な個人情報を用いることについてあらかじめ同意します。

令和 年 月 日

社会福祉法人 ハートフルケアたてしな

ヘルパーステーション たてしな

所 長 内 藤 直 美 様

利 用 者：住所

氏名

印

家 族：住所

氏名

印