

【別紙1】 訪問介護・第1号事業(国基準訪問型サービス)重要事項説明書

＜令和8年6月1日現在＞

1 当法人の概要

名称・法人種別	株式会社 K
代表者役職氏名	代表取締役 雅楽川光太郎
本社所在地	〒243-0418 神奈川県海老名市大谷南3-13-5
連絡先	046-234-1164

2 事業所の概要

事業所名	ヘルパーステーションかいんど
所在地	〒243-0418 神奈川県海老名市大谷南3-13-5
事業所種類	指定訪問介護・介護予防訪問型サービス
介護保険指定番号	介護保険事業所番号 第 1474200704 号
管理者	杉田 祐介
サービス提供地域	海老名市・藤沢市・茅ヶ崎市・綾瀬市・厚木市・平塚市・寒川町

3 当方が提供するサービスについての相談窓口

営業曜日	月・火・水・木・金
営業時間	午前8時30分～午後5時30分まで
定休日	土・日・祝(年末年始 12月30日～1月3日)
	備考:営業日、営業時間外も対応し、電話等により24時間連絡可能な体制とする
担当者	杉田 祐介
電話	046-236-4320
FAX	046-236-4321

4 当事業所の職員体制

職種	資格	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	非常勤兼務	合計
管理者	実務者研修		1名			1名
サービス提供責任者	介護福祉士		1名			1名
	実務者研修		1名			1名
訪問介護員	介護福祉士			7名		7名
	実務者研修					0名
	初任者研修(2級ヘルパー含)			3名		3名

5 サービス内容

身体介護	食事介助	嚥下や水分チェック等に注意しながら介助します。食べやすいように工夫し介助します。
	入浴介助	身体状況に合わせ入浴及び清拭、洗髪を行ないます。
	排泄介助	トイレ誘導、オムツ交換等を行ないます。
	口腔ケア	食後、口腔等の清潔のためブラッシングを行ないます。
	体位変換	床ずれ防止のため身体の向きを変えます。(寝たきりの方や思うように身体を動かせない方)
	衣類着脱	下着、衣類全般にわたって着替えの準備や衣類の交換を行ないます。
生活援助	買い物介助	調理に必要なもの、またその他必要な買い物の代行。
	調理介助	嗜好に合わせ献立を考え、調理し、配膳及び下膳等を行ないます。
	掃除	生活している部屋を掃除し整えます。
	洗濯	着替え等、衣類の洗濯を行ないます。
	寝具等の整理	シーツ交換、布団干し、ベッドメーカーキング等寝具の衛生保持を行ないます。
通院等乗降介助	通院、公的機関(役所・銀行)、選挙、施設の入所予定者による見学。	

6 利用料金(別紙料金表を含む)

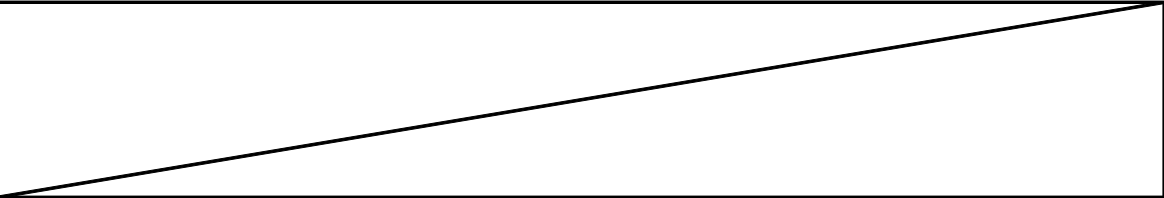
(1) 利用料

- ・利用者負担額を円に換算し表示したものです。ただし、小数点以下は切捨てとなるため、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。
- ・介護保険の限度額を超えた場合の利用料は、全額ご利用者の負担となります。

(介護給付の場合・海老名市、藤沢市、茅ヶ崎市、綾瀬市、厚木市、平塚市、寒川町)

身体介護		20分未満	20分～30分未満	30分～1時間未満	1時間～1時間半未満	以後30分を増すごとに
		179単位	268単位	426単位	624単位	90単位
利用者負担額(円)	1割	—	291	462	677	98
	2割		582	924	1,354	196
	3割		873	1,386	2,031	294

生活援助		—	20分～45分未満	45分以上	—	—
			197単位	242単位		
利用者負担額(円)	1割	—	214	263	—	—
	2割		428	526		
	3割		642	789		

通院等乗降介助		1回	
		107単位	
利用者負担額(円)	1割	116	
	2割	232	
	3割	348	

(通院等乗降介助運賃)

通院等実費	初乗り運賃	730円
	迎車料金	2キロメートルを限度として実車扱いとする
	メーター料金(加算運賃)	293メートルまでを増すごとに90円
	メーター(時間距離併用制)	時速10キロメートル以下の走行時間について1分45秒まで毎に90円

※メーター料金(加算運賃、時間距離併用制)は通常のタクシーと同様です。

(国基準訪問型サービスの場合・海老名市・藤沢市)

対象	利用頻度 他		単位	利用者負担額(円)		
				1割	2割	3割
訪問型独自サービスⅠ	週1回程度の利用	事業対象者・要支援1,2	1,176	1,275	2,550	3,825
訪問型独自サービスⅡ	週2回程度の利用	事業対象者・要支援1,2	2,349	2,547	5,094	7,641
訪問型独自サービスⅢ	週2回程度を超える利用	要支援2	3,727	4,041	8,082	12,123

対象	利用頻度 他		単位	利用者負担額(円)		
				1割	2割	3割
訪問型独自サービスⅠ/2	週1回程度の利用	事業対象者・要支援1,2	1,040	1,128	2,256	3,384
訪問型独自サービスⅡ/2	週2回程度の利用	事業対象者・要支援1,2	2,079	2,254	4,508	6,762
訪問型独自サービスⅢ/2	週2回程度を超える利用	要支援2	3,297	3,574	7,148	10,722

その他の加算 (介護給付、訪問型サービス共通)	単位	利用者負担額(円)		
		1割	2割	3割
初回加算(サービス提供責任者が初回又は初回と同月内に訪問した場合)	200	217	434	651
緊急時訪問介護加算(利用者からの要請により緊急の訪問介護を行なった場合)	100	109	218	327
2人の訪問介護員によるサービス提供	200%			
早朝(6時～8時)夜間(18時～22時)	25%増			
深夜(22時～6時)	50%増			

※上記金額の他に、介護職員処遇改善加算Ⅰ口として28.7%がかかります。

※国基準訪問型サービスのご利用者は、初回加算以外は対象外です。

- ・上記料金算定の基本となる時間は実際サービス提供に要した時間ではなく、ご利用者の居宅サービス計画(介護予防サービス計画)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。
- ・介護給付において、やむを得ない事情でかつご契約者の同意を得て2人で訪問した場合は2人分の料金となります。

(国基準訪問型サービスの場合・綾瀬市・寒川町)

対象	利用頻度 他		単位	利用者負担額(円)		
				1割	2割	3割
訪問型独自サービスⅠ	週1回程度の利用	事業対象者・要支援1,2	1,176	1,259	2,518	3,777
訪問型独自サービスⅡ	週2回程度の利用	事業対象者・要支援1,2	2,349	2,514	5,028	7,542
訪問型独自サービスⅢ	週2回程度を超える利用	事業対象者・要支援2	3,727	3,988	7,976	11,964

(基本料金に対して)

その他の加算	単位	利用者負担額(円)		
		1割	2割	3割
初回加算(サービス提供責任者が初回又は初回と同月内に訪問した場合)	200	214	428	642
緊急時訪問介護加算(利用者からの要請により緊急の訪問介護を行なった場合)	100	107	214	321
2人の訪問介護員によるサービス提供	200%			
早朝(6時～8時)夜間(18時～22時)	25%増			
深夜(22時～6時)	50%増			

※上記金額の他に、介護職員処遇改善加算Ⅰ口として28.7%がかかります。

※国基準訪問型サービスのご利用者は、初回加算以外は対象外です。

- ・上記料金算定の基本となる時間は実際サービス提供に要した時間ではなく、ご利用者の居宅サービス計画(介護予防サービス計画)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。
- ・介護給付において、やむを得ない事情でかつご契約者の同意を得て2人で訪問した場合は2人分の料金となります。

(2)交通費

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、通常の事業実施地域を越えてからの実費を頂きます。

(3)キャンセル料

ご利用者のご都合により急なキャンセルの場合(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、ご利用者の体調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。

利用日の前日までに連絡があった場合	無料
利用日の当日までに連絡がなかった場合	一律 1000円

(4)その他

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用はご利用者の負担となります。

(5)利用料金のお支払い方法

毎月20日までに前月分の請求書を発行いたしますので、27日までにお支払いください。お支払いいただきますと領収証を発行いたします。お支払い方法は、下記の通りです。

- 1 自動口座引き落とし
- 2 現金払い

7 サービス利用にあたっての注意事項

(1) サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

(2) 訪問介護員の交替

① ご利用者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。ただし、ご利用者からの特定の訪問介護員の指名はできません。

② 事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。訪問介護員を交替する場合はご利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

(3) サービス実施時の留意事項

① 定められた業務以外の禁止

ご利用者は「当事業所が提供するサービス」で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

(4) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、ご利用者に対する訪問介護サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

① 医療行為

② ご利用者もしくはその家族から金銭及び高価な物品の授受

③ ご利用者の家族等に対する訪問介護サービスの提供

④ 飲酒及びご利用者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙

⑤ ご利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

⑥ その他ご利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為

- ・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込みください。

② 事業所の都合でサービスを終了する場合

- ・人員不足等や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

以下の場合に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。

- ・ご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ご利用者の要介護度認定区分が非該当（自立）と認定されたとき

- ・ご利用者がお亡くなりになられた場合

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、ご利用者やご家族に対して社会理念を逸脱する行為を行った場合、また当社が破産した場合、ご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。

- ・ご利用者が、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30日以内に支払わない場合、またはご利用者やご家族等が当事業所や当事業所のサービス従事者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合は、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。

8 サービス内容に関する相談及び苦情

(1) 当方の相談及び苦情の窓口

担当	杉田 祐介
電話	046-236-4320
FAX	046-236-4321

(2) その他

苦情・相談については、管理者が対応します。不在の場合でも、基本的な事項については誰でも対応できるようにしておりますが、必ず担当者に引き継ぎます。また、当方以外に、県市区町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

市区町村名： 海老名市介護保険課

電話 046-235-8232

藤沢市介護保険課

電話 0466-50-8270

茅ヶ崎市介護保険課

電話 0467-81-7164

綾瀬市高齢介護課

電話 0467-70-5636

厚木市介護福祉課

電話 046-225-2392

平塚市介護保険課

電話 0463-71-5237

寒川町高齢介護課

電話 0467-74-1111

神奈川県

神奈川県国民健康保険団体連合会

電話 045-329-3447

担当部署

介護保険課(介護苦情相談係)

9 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	なし
実施した直近の年月日	—
実施した評価機関の名称	—
評価結果の開示状況	—

10 緊急時の対応方法

サービス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、親族、主治医、救急隊、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

(1) 医療機関等

病院名	
医師名	
連絡先	

(2)緊急連絡先

氏名	
住所	
連絡先	

11 事故発生時の対応方法

- ①サービスの提供に当たって、事故が発生した場合は速やかに家族又は居宅支援事業者等に連絡を取るとともに必要な措置を講じます。
- ②賠償すべき事項が発生した場合は、その損害を賠償します。
- ③事故が起きた場合、原因を究明し、事故の再発を防止します。

訪問介護の提供にあたり、サービス内容説明及び重要事項の説明をいたしました。

この契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

令和	年	月	日	
	事業者	住所		神奈川県海老名市大谷南3-13-5
		事業者		株式会社 K
		代表者名		雅楽川 光太郎
	事業所	住所		神奈川県海老名市大谷南3-13-5
		事業所名		ヘルパーステーションかいんど
		管理者		杉田 祐介 印
		説明者		印
サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項の説明を受け同意し、交付を受けました。				
	利用者(契約者)	住所		
		氏名		印
	代理人(代理人を選任した場合)	住所		
		氏名		印