

## 重要事項説明書（指定訪問介護）

当事業者が提供する指定訪問介護サービスの内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

### 1. 事業者の概要

開設者の名称	社会福祉法人 函要会	電話番号	055-970-1127
主たる事務所の所在地	田方郡函南町仁田284番地-5	FAX番号	055-970-1155
法人の種別及び名称	社会福祉法人 函要会		
代表者職氏名	理事長 杉山 潔		
設立年月日	平成17年8月1日		

### 2. 利用施設

事業所の名称	訪問介護センター函南・ぶなの森	電話番号	055-970-1727
事業所の所在地	田方郡函南町仁田284番地-5	FAX番号	055-970-1156
介護保険事業所番号	2270300664		
指定年月日	平成18年 4月 1日		
交通の便	伊豆箱根鉄道線仁田駅徒歩5分、国道136号旧道（旧下田街道）に隣接		
事業の実施区域	函南町、三島市一部（東海道線南側）、伊豆の国市、沼津市一部（大平）		
第三者評価実施状況	当施設は実施していない		

### 3. 介護給付費算定に係る体制等状況表

施設等の区分	1 身体介護	2 生活援助	3 通院等乗降介助
地域区分	1 函南町 7級地		
その他体制等	特別地域加算	1 なし 2 あり	
	日中の身体介護 20分未満体制	1 なし 2 あり	
	サービス提供責任者体制	1 減算なし 2 減算あり	
	同一建物に居住する利用者の減算	1 なし 2 あり	
	特定事業所加算	1 なし 2 加算I 3 加算II 4 加算III	
	介護職員処遇改善加算	1 なし 2 加算I 3 加算II 4 加算III 5 加算IV 6 加算V	
割引	1 なし 2 あり		
社会福祉法人軽減事業	1 なし 2 あり		

### 4. 事業者の職員の概要

R5.8.25 現在

職種	資格	員数	勤務体制
1. 管理者	社会福祉士	1人	常勤1人（兼務）
2. 訪問介護員	介護福祉士・初任者研修	2.5人以上	サービス提供責任者も含む

### 5. サービスの概要

○ 身体介護 入浴・排泄・食事の支援を行います。
○ 生活援助 調理・洗濯・掃除・買い物等日常生活上の世話を行います。

#### (1) 訪問介護

##### ア 身体介助

動作介助、入浴介助（入浴が困難な方は清拭等）

身のまわりの介助（排泄介助、更衣介助、整容介助）、食事介助、体位交換

通院介助、相談助言

##### イ 生活援助

調理（契約者の食事の用意）

洗濯（契約者の衣類等の洗濯）

掃除（契約者の居室の掃除）

買い物（利用者の日常生活に必要となる品物の買い物）

(2) その他のサービス

介護相談 等

(3) 禁止行為

サービスの提供にあたって、次に該当することは行えません。

- ① 利用者の家族等に対するサービスの提供
- ② 利用者が不在時のサービス提供
- ③ 利用者入院中のサービス提供
- ④ 利用者がデイサービス、ショートステイ利用時間中のサービス提供
- ⑤ 利用者又はその家族からの物品等の授受
- ⑥ 医療行為

6. 営業日及び営業時間

営業時間	営業しない日
月曜日から土曜日 8時30分～17時30分	年末・年始（12/30～1/3）

7. 訪問介護の運営方針

訪問介護は、利用者の身体介護、生活援助、通院等のための乗車又は降車等の介助を中心に、利用者の自立支援に資する観点からサービスを提供する事を事業の基本に置き、身体の温もりが伝わるサービスの内容で、①ともに育む福祉 ②心で育む福祉 ③地域に広がる福祉 基本理念を運営の指針とします。

8. 利用料金

- (1) 当事業者の訪問介護の提供（介護保険適用部分）に際し、あなたが負担する利用料金は原則として基本料金の1割または2割または3割です（H30年8月より施行）  
ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担になります。

※料金は別表を参照してください。

- \* 平常の時間帯（午前8時から午後6時）以外の時間帯でサービスを行う場合には、次の割合で利用料金に割増料金が加算されます。割増料金は、介護保険の支給限度額の範囲ないであれば、介護保険給付の対象となります。
  - ・ 早朝（午前6時から午前8時まで） 25%
  - ・ 夜間（午後6時から午後10時まで） 25%
  - ・ 深夜（午後10時から午前6時まで） 50%
- \* 当事業所においては通院等乗降介助は行っていない為、加算の記載はありません。
- \* 2人の訪問介護員が共同でサービスを行う必要がある場合は、ご契約者の同意の上、2人でのサービスを実施しますが、この場合は通常料金の2倍の料金をいただきます。
- \* 介護職員処遇改善加算 I
  - ・ 基本サービス費と各種加算を加えた総単位数に 245/1000 を乗じた単位数となります。
  - ・ ひと月あたり1回の算定になります。
- \* 函南町は地域区分7級地のため、総単価に10.21円を乗じた金額の1割または2割または3割が自己負担となります。

経済状況の著しい変化やその他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。  
その場合事前に変更の内容と事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(2) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前期（1）の料金・費用は、次のとおりお支払いください。

1ヶ月毎に計算し、ご請求いたしますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

ア. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関に口座を設け、それより口座振り替えにより前月分を翌月、引き落とし精算といたします。

#### イ. 事業所への持参払い

##### (3) 利用中止、変更、追加（契約書第7条参照）

- 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合、利用予定日の前日までに事業者に申し出てください。
- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取り消し料として下記の料金をお支払いいただきますので、お早めに当事業所に連絡してください。

訪問介護提供日の前日 <b>18:00</b> までにご連絡いただいた場合	無料
訪問介護提供日の前日 <b>18:00</b> を過ぎた場合	1,000円

- サービスの利用の変更・追加の申し出に対して、事業所及び訪問介護員の稼動状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能期間又は日時を契約者に提示して協議させていただきます。

##### (4) その他

- 利用者のお住まいでの訪問介護を提供するために必要となる水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者に負担していただきます。
- 訪問介護の提供のためにかかる駐車場代、書類代等は、実費負担していただきます。

#### 9. サービスの利用に関する留意事項

##### (1) 担当ホームヘルパー

訪問介護を提供するホームヘルパーは、複数のホームヘルパーが交替して訪問します。

##### (2) ホームヘルパーの交替

###### ア. 利用者からの交替

業務上不適当と認められる事情とその他交替を希望する理由を文書にて通知してください。  
ただし、特定のホームヘルパーの指名はできません。

###### イ. 事業者からの交替

都合によりホームヘルパーを交替することがあります。

##### (3) 訪問介護内容の変更

訪問介護の利用当日に、利用者の体調等の理由で予定されていた訪問介護が実施できない時には、サービスの内容変更を行います。その場合、変更した提供時間に応じた利用料金を請求します。

##### (4) 訪問時間の変更

訪問時間は予定されていますが、他の訪問先等の事情等により、訪問時間が遅れる等の変更が有りご迷惑をお掛けする場合もあります。

#### 10. 緊急時の対応方法

訪問介護の提供中に、利用者の容態に急変があった場合は、事前の打ち合わせに従い、主治医、救急隊、親族、地域包括支援センター等に連絡いたします。

医療機関等	主治医氏名			
	連絡先	電話 ( )	—	携帯 — —
緊急時の ご連絡先	氏名			
	連絡先	電話 ( )	—	携帯 — —

## 11. 訪問介護に関する苦情

#### (1) 当事業所における相談、苦情の受付

役職	氏名	電話番号	連絡先住所
苦情解決責任者	杉本 知敬	055-970-1127	静岡県田方郡函南町仁田 284-5
苦情受付担当者	志村 望	055-970-1127	静岡県田方郡函南町仁田 284-5
第三者委員	佐口 則保	055-978-3242	静岡県田方郡函南町畠毛 513
第三者委員	日吉 悅子	055-949-3758	静岡県伊豆の国市堇山山木 616-1
第三者委員	高橋 宗弘	055-979-4603 090-1757-7009	静岡県田方郡函南町仁田 282-3

○ 受付時間 毎週 月曜日から土曜日 8:30~17:30

## (2) 行政機関の相談、苦情受付窓口

静岡県国民健康保険団体連合会苦情受付	054-253-5590
函南町役場 福祉課	055-979-8126
伊豆の国市役所 長寿福祉課	0558-76-8009
三島市役所 介護保険課	055-983-2607
沼津市役所 長寿福祉課	055-934-4865

令和 年 月 日

訪問介護の提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行ないました。

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ました。

#### 利用者住所

平成26年6月1日改定  
平成26年8月1日改定  
平成27年3月1日改定  
平成27年4月1日改定  
平成27年6月1日改訂  
平成28年4月1日改定  
平成29年8月1日改訂  
平成30年4月1日改定  
平成30年9月5日改定  
平成30年11月14日改定  
令和元年5月1日改定  
令和元年6月20日改定  
令和5年5月1日改定  
令和5年6月20日改定  
令和5年8月25日改定  
令和6年4月1日改定  
令和6年6月1日改定  
令和6年12月1日改定  
令和7年6月23日改定

氏 名

代理人住所

氏名印