

ヘルパーステーション我が家岡山事業所重要事項説明書

[令和 6年 4月 1日現在]

1 当ステーションが提供するサービスについての相談窓口

ヘルパーステーション我が家岡山事業所 TEL：086-235-3434

管理者 辻 あ ゆ み

※ ご不明な点は、何でもお尋ねください。

2 ヘルパーステーション我が家の概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	ヘルパーステーション我が家岡山事業所
所在地	岡山県岡山市北区富田514-1 スカール富田公園203
介護保険指定番号	介護保険法に基づく 第1号訪問事業訪問介護 (3370117222号 岡山市)
サービスを提供する地域	岡山市全域

※ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 営業時間

月～金	午前8:30～午後5:30
-----	---------------

【但し、12月30日～1月3日を除く】

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	介護福祉士、実務者研修修了者	1名	0名	1名
サービス提供責任者兼 訪問介護員	介護福祉士、実務者研修修了者	5名	0名	5名
訪問介護員	介護福祉士、実務者研修修了者、 初任者研修修了者、ヘルパー2級修了者	0名	8名	8名

(4) サービス提供の時間帯

	早朝 6:00～8:00	通常時間帯 8:00～18:00	夜間 18:00～22:00
平日・土	○	○	○
日・祝日	○	○	○

※ 時間帯により料金が異なります。

※ 早朝(6:00～8:00)深夜(22:00～6:00)のご利用につきましてはご相談ください。

(5) 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

3 サービス内容

- (1) 身体介護 ① 食事介助 ② 入浴介助 ③ 排泄介助 ④ 清 拭 ⑤ 体位変換 等
- (2) 生活援助 ① 買 物 ② 調 理 ③ 掃 除 ④ 洗 濯 等
- (3) その他サービス ① 介護相談 等

4 利用料金

(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）に負担割合証の割合を掛けた金額です。ただし、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。

[訪問介護料金表 — 基本単位数・通常時間]

身体介護	20分未満	20分以上～ 30分未満	30分 ～1時間未満	1時間以上～ 1時間30分未満	1時間30分以上 (30分増すごとに)
	163 単位	244 単位	387 単位	567 単位	82 単位
生活援助	45分未満	45分以上			
	179 単位	220 単位			

※介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 算定した単位数の137/1000に相当する単位数

※介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） 算定した単位数の63/1000に相当する単位数

※特定事業所加算（Ⅱ） 算定した単位数の10/100に相当する単位数

※介護職員等ベースアップ等支援加算 算定した単位数の24/1000に相当する単位数

[介護予防訪問サービス料金表・基本単位数・通常時間] [生活支援訪問サービス料金表・基本単位数・通常時間]

	通常の利用料金（月額）		通常の利用料金（月額）
週1回程度の利用	1,176 単位/月	週1回程度の利用	862 単位/月
週2回程度の利用	2,349 単位/月	週2回程度の利用	1,721 単位/月
週3回以上の利用 (要支援2のみ)	3,727 単位/月	週3回以上の利用 (要支援2のみ)	2,722 単位/月

※介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 算定した単位数の137/1000に相当する単位数

※介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ） 算定した単位数の63/1000に相当する単位数

※介護職員等ベースアップ等支援加算 算定した単位数の24/1000に相当する単位数

※サービス提供資格評価加算 10 単位/1 回（生活支援訪問サービス）

※上級資格責任者配置加算（Ⅰ） 86 単位/月（生活支援訪問サービス）

上級資格責任者配置加算（Ⅱ） 171 単位/月（生活支援訪問サービス）

上級資格責任者配置加算（Ⅲ） 271 単位/月（生活支援訪問サービス）

※ 地域区分別（7級地） 加算（1021/1000）

- ※ 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）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、且つお客様の同意を得て、サービス従業者 2 人で訪問した場合は 2 人分の料金をいただきます。
- ※ 初回のサービス提供責任者・訪問事業責任者のサービス（または同行）は、200 単位をいただきます。
- ※ 緊急時に要請をいただいた訪問介護サービスは 100 単位をいただきます。

(2) 交通費

前記 2 の（1）のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

サービスを提供する地域以外にお住まいの方は、以下の料金を頂きます。

- 一 公共交通機関（タクシーを除く）を使用する場合は、事業所最寄りの駅等までの片道ごとの運賃と通常の事業の実施地域を超える地点に最も近い駅等から利用者の居宅最寄りの駅等までの片道ごとの運賃との差額に相当する額。
- 二 タクシーを使用する場合は、通常の事業の実施地域を超えた地点から片道ごとの実費。
- 三 自動車を使用する場合の交通費は、通常の事業の実施地域を超えた地点から片道 1 キロメートル当たり 20 円とする。

(3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

（連絡先：ヘルパーステーション我が家岡山事業所 TEL086-235-3434）

① 利用日の前営業日の午後 5 時までにご連絡いただいた場合	無料
② 利用日前営業日の午後 5 時までにご連絡がなかった場合	介護保険にて定める料金の 50%

(4) 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、電話等の費用はお客様のご負担になります。
- ② 通院介助などで交通機関を利用した場合、サービス従業者の交通費はお客様のご負担になります。
- ③ 料金の支払方法
料金の支払方法は、毎月月末締めとし、翌月 15 日までに当月分の料金を請求いたしますので、27 日までにあらかじめ指定の方法でお支払いください。
（お支払い方法は、現金集金、銀行振込、口座振替の中からご契約の際に選んでいただきます。尚、銀行振込の場合は、振込手数料はお客様のご負担とさせていただきます）
- ④ まれに、交通事情によりサービス時間が多少前後することがございますがご了承ください。

- ⑤ サービス期間中、当事業所のヘルパーが同行研修する場合がございますのでご了承ください。
- ⑥ お客さまのご希望に沿ってヘルパーを決めておりますが固定ヘルパーご希望の場合、必ずしもご希望に添えない場合がございます。やむを得ずヘルパーが変更する場合がございますのでご了承下さい。
- ⑦ 誠に恐縮ではございますが、お茶・お菓子などの心遣いはご遠慮下さい。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当ステーション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。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(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週間前までに文書でお申し出ください。

② 当ステーション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いただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月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、自動的にサービス終了します）

- ・ お客様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お客様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕又は要支援と認定された場合 ※ この場合、条件を変更して再度契約することができます。
- ・ お客様が亡くなられた場合

④ その他

- ・ 当ステーション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通念を逸脱する行為を行った場合、また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契約を解約することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払いを3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の方などが、当ステーションや当ステーション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、当ステーションにより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。

(3) 事故発生時の対応

利用者に対する指定訪問介護のサービス提供により事故が発生した場合は、区市町村、当該

事業者名 株式会社オージェックス
事業所名 ヘルパーステーション我が家岡山事業所

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり職員（ ）より、重要事項についての説明を受けました。

利用者 氏名 印

署名代行者（又は法定代理人）

本人との続柄

氏名 印