

訪問型サービス 重要事項説明書（介護予防・日常生活支援総合事業）
 〈 令和 07 年 02 月 01 日現在 〉

1 訪問介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	有限会社ひだまり
代表者名	代表取締役 若松 真弓
所在地・連絡先	(住所) 熊本県菊池郡大津町大字岩坂 433 (TEL・FAX) 096-294-5501

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	ヘルパーステーションいわさか
所在地・連絡先	(住所) 熊本県菊池郡大津町大字岩坂 435 (TEL・FAX) 096-294-2035
事業所番号	4372601965
管理者の氏名	若松 真弓

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		常勤換算後 の人数 (1)	職務の内容
		常勤 (人)	非常勤 (人)		
管理者	1	1	0	1	
サービス提供責任者	2	2	0	2	
訪問介護員	介護福祉士	2	1	1	2
	介護職員初任者研修				
	2級ヘルパー	2	2	0	2
	看護師・准看護師	1	1	0	1
事務員	1	1	0	1	

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管理者	正規の勤務時間（8：30～17：30） 常勤で兼務
サービス提供責任者	正規の勤務時間（8：30～17：30） 常勤で兼務
訪問介護員	正規の勤務時間（8：30～17：30）
事務職等	正規の勤務時間（8：30～17：30） 常勤で兼務

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	大津町
---------	-----

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日

営業日	月曜日～土曜日 8：30～17：30
-----	--------------------

営業しない日	日曜日、1月1日～1月3日
--------	---------------

3 サービスの内容及び費用

(1)

ア サービス内容

	種類	サービスの内容
1. 身体介護型	食事介助	食事の介助を行います。
	入浴介助	入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	排泄介助	排泄の介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	上着、下着の更衣の介助を行います。
	身体整容	日常的な更衣としての身体整容を行います。
	体位変換	床ずれ予防のために体位変換を行います。
	移動・移乗介助	室内の移動、車椅子等へ移乗の介助を行います。
	服薬介助	配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
	起床・就寝介助	ベッドへの誘導、ベッドからの起き上がりの介助を行います。
2. 生活援助型	買い物	利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。
	調理	利用者の食事の用意を行います。
	掃除	利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。
	洗濯	利用者の衣類等の洗濯を行います。

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として指定を受けた各市町村が定めた額に各利用者の介護負割合証に記載された負担割合を乗じた額が利用者の負担となります。

お客様の利用者負担額については、契約書別紙サービス利用書に記載します。

{ 料金表 }

訪問型サービス

対象者：要支援 1・2 / 週に 1 回訪問介護を利用する場合 (1 回当たりの単価：287 単位)

月利用回数	合計（月額）	介護職員等処遇改善加算
月 5 回利用	¥ 1,176	× 24.5 %
月 4 回利用	¥ 1,176	× 24.5 %
月 3 回利用	¥ 861	× 24.5 %
月 2 回利用	¥ 574	× 24.5 %
月 1 回利用	¥ 287	× 24.5 %

対象者：要支援 1・2 / 週に 2 回訪問介護を利用する場合 (1 回当たりの単価：287 単位)

月利用回数	合計（月額）	介護職員等処遇改善加算
月 9 回利用	¥ 2,349	× 24.5 %
月 8 回利用	¥ 2,349	× 24.5 %
月 7 回利用	¥ 2,009	× 24.5 %
月 6 回利用	¥ 1,722	× 24.5 %
月 5 回利用	¥ 1,435	× 24.5 %

対象者：要支援 2 / 週に 3 回訪問介護を利用する場合 (1 回当たりの単価：287 単位)

月利用回数	合計（月額）	介護職員等処遇改善加算
月 13 回利用	¥ 3,727	× 24.5 %
月 12 回利用	¥ 3,727	× 24.5 %
月 11 回利用	¥ 3,157	× 24.5 %
月 10 回利用	¥ 2,870	× 24.5 %
月 9 回利用	¥ 2,583	× 24.5 %

初回加算	¥ 200
------	-------

夜間（午後 6 時から午後 10 時） ・早朝（午前 6 時から午前 8 時）の加算	上記の額に 1 回につき 25 % 加算します。
深夜（午後 10 時から午前 6 時）の加算	上記の額に 1 回につき 50 % 加算します。

- ・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅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。
- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に選定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、お客様は1ヶ月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。
- ・利用者の身体的理由もしくは暴力行為等の事情があり、かつ、お客様又はその家族等の同意を得て、訪問介護員が2人で訪問する場合は、2人分の料金となります。

(1) 交通費

2の（4）の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は交通費の実費が必要となります。

(3) その他の交通費

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用はお客様の負担となります。

(4) キャンセル料

お客様の都合により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、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

前日以外の窓口営業時間内までにご連絡の場合	キャンセル料は無料です。
サービス開始時刻までにご連絡の場合	1 提供あたりの利用料(利用者負担金)の5%を請求します。
サービス開始時刻までにご連絡のない場合	1 提供あたりの利用料(利用者負担金)の10%を請求します。

(6) 利用料等のお支払い方法

ア 利用者指定口座からの自動引き落とし

月末締めの翌月 20 日（当日が日祝祭日の場合にはその明け日）

イ 事業者指定口座への振込み又は現金払い

請求月の末日までにお支払いください。

4 事業所の特色等

(1) 事業の目的

要支援状態または日常生活支援総合事業の対象者である利用者が、可能な限り在宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活が営むことができるよう、家事など生活全般にわたる援助を行い安心した在宅生活が送れるよう適切な訪問介護サービスを提供します。

(2) 運営方針

要介護者等の心身の状況を踏まえ、関係する市町村や事業者、地域の保険、医療、福祉サービス等と密接に連携を図り、常に利用者の立場に立ったサービスに努め、自立支援に考慮した訪問介護サービスの提供に努めます。

(3) その他

事項	内容
訪問型サービス計画の作成及び事後評価	担当のサービス提供責任者が、お客様の直面している課題等を評価し、お客様の希望を踏まえて、訪問型サービス計画を作成します。また、サービス提供の目標達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従業員研修	年数回、介護の資質、技術向上の研修を行っています。

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様窓口	窓口責任者 若松 真弓 ご利用時間 8：30～17：30 ご利用方法 電話（096-294-2035） 但し、ご要望があれば上記時間以外も対応します。
-----------	--

6 緊急時等における対応方法

サービス提供時に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡します。

主治医	病院 及び 所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急連絡先 (家族等)	氏名 (続柄)	
	住所	
	電話番号	

緊急時連絡先（096-294-4502）	対応時間 8：30～17：30
----------------------	-----------------

担当のサービス提供責任者

あなたを担当するサービス提供責任者は_____ですが、やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡をいたします。

7 サービス利用に当たっての留意事項

サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

当事業所は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、
訪問型サービスのサービス内容及び重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者 住所 熊本県菊池郡大津町大字岩坂 4 3 5

事業者（法人）名 有限会社ひだまり
施設名 ヘルパーステーション いわさか
事業所番号 4 3 7 2 6 0 1 9 6 5
代表者名 管理者 若松 真弓

印

説明者 氏名 印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、
訪問型サービスのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名

代理人 住所

氏名

家族 住所

氏名

同 意 書

私、_____は居宅サービス担当者会議、訪問介護個別計画等に於いて、利用者又はその家族等の個人情報を用いる事に同意します。

上記各事項の通り同意いたします。

令和年月日

利用者 氏名

代理人 氏名

家族 氏名