

サービスステーションくるみ 重要事項説明書

<令和6年4月1日現在>

1 訪問介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社 NE ユナイテッド
代表者名	田村 生子

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	サービスステーションくるみ
所在地・連絡先	(住所) 秋田県秋田市土崎港南3丁目10-19 アーバンハイツ港南E105 (電話) 018-827-7083 (FAX) 018-827-7086
事業所番号	0570126870
管理者の氏名	佐藤 和子

(2) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	介護福祉士	1		1名
サービス提供責任者	介護福祉士	1		1名
介護従事者	介護福祉士		6	6名
	実務者研修		2	2名
	ヘルパー2級			0名
	介護職員初任者研修			0名
事務職員員				0名

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で勤務	週休2日(一カ月の勤務割表による)
サービス提供責任者	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で勤務	週休2日(一カ月の勤務割表による)
訪問介護員	早番(6:00~15:00) 日勤(8:30~17:30) 遅番(11:30~20:30)	週休2日(一カ月の勤務割表による)

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	秋田市 にかほ市
---------	----------

※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	年中無休
営業時間	8:30~17:30 ※電話等により24時間常時連絡が可能な体制をとります。

3 サービスの内容

	種類	内容・手順	保険適用
1 身体介護型	食事介助	献立・調理、食事の介助、食リズムの調整、食品購入に関する工夫・相談、食事と水分摂取の工夫・相談 バランスの取れた栄養摂取の工夫・相談	
	入浴介助	入浴介助、部分浴（足浴・手浴など）、洗髪、清拭、洗面や歯磨きの介助、口腔ケアや入れ歯の手入れ、入浴方法の工夫・相談、陰部洗浄、爪きり、髭剃り、整髪、耳垢除去	
	排泄介助	トイレ介助、便・尿器の使用、おむつ交換、排尿・排便を促す、便秘予防、排泄方法の工夫・相談	
2 生活援助型	買い物	日常生活用品の買い物	
	調理	食事の調理	
	掃除	利用者の暮らしやすい安全で清潔な環境を整える	
	洗濯	洗濯機での選択、クリーニング店へ届ける	
3 その他	相談	利用者や家族の悩みや問題が解決されるための情報を提供する	

4 費用

(1) 介護保険給付対象サービス

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割が利用者の負担額となります。一定額以上の所得がある方は2割負担又は3割負担となります。

【料金表】

＜介護福祉士、1, 2級ヘルパー利用の場合＞

身体介護型	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上
	1割負担		
	268円	426円	624円
	2割負担		
	536円	852円	1,248円

生活援助型	20分以上 45分未満	45分以上	
	1割負担		
	197円	242円	
	2割負担		
	394円	484円	

※ 身体介護型の訪問介護を行った後に引き続き 20 分以上の生活援助中心の訪問介護を行ったときは、生活援助中心の訪問介護の所要時間が 20 分から計算して 25 分を増すごと 71 円加算します。

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。

※上記金額に、介護職員処遇改善加算Ⅰとして、13.7%加算します。

※上記金額に、介護職員等特定処遇改善加算Ⅰとして、6.3%加算します。

※上記金額に、介護職員等ベースアップ等支援加算として、2.4%加算します。

※上記金額に、口腔連携強化加算として、一月当たり 50 円加算します。

・ 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、事業者が別に設定し、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、事業者へ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証を発行します。

・ 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。

(2) 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。

通常の事業の実施区域を越えて行うサービスに要した交通費は、その実額を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、実施区域を越えた地点から片道1キロメートル当たり10円となります。

(3) その他の費用

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や介護予防訪問介護の利用者の場合は不要です。

利用日の前日に連絡があった場合	無料
利用日の前日までに連絡がなかった場合	利用料自己負担部分の100%

(6) 利用料等のお支払方法

原則として郵便局の口座引落となります。毎月、10日までに前月分の請求書をお送りし、20日の引き落としとなります。(20日が休業日の時はよく営業日)。利用者の都合により口座引落の手続きが出来ない場合は、口座への振込み或いは現金でのお支払となります。

記号 18620

口座番号 14122601

口座名義 株式会社NEユナイテッド

※入金確認後、領収証を発行します。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問介護を提供することを目的とする。

(2) 運営方針

事業所の訪問介護員等は、要介護者等の心身の状況、その置かれている環境等に応じてその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。

(3) その他

事項	内容
訪問介護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、訪問介護計画を作成します。また、サービス提供の目標の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 12 回、社内研修を行っています。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

【事業者の窓口】 サービスステーションくるみ 管理者：佐藤 和子	所在地：秋田県秋田市土崎港南 3 丁目 10-19 アーバンハイツ港南 E 1 0 5 号 電 話：0 1 8-8 2 7-7 0 8 3 受付時間：月～金(土・日・祝日・1 2/3 1～1/3 除く)
【市町村の窓口】 秋田市介護保険課	所在地：秋田県秋田市山王 1 丁目 1 番 1 号 電 話：0 1 8-8 8 8-5 6 7 4 受付時間：8：3 0～1 7：1 5(土日祭日除く)
【秋田県の窓口】 秋田県国民健康保険団体連合会	所在地：秋田県秋田市山王四丁目 2-3 電 話：0 1 8-8 8 3-1 5 5 0 受付時間：9：0 0～1 7：0 0(土日祭日除く)

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、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をします。

主治医	病院名及び所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急時連絡先 (家族等)	氏名（続柄）	()
	住所	
	電話番号	

8 事故発生時の対応と損害賠償の規定

事業者は訪問介護サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに利用者の後見人及び家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

2 前項において、事故により利用者又はその家族の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、事業者は速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者に故意、過失がない場合はこの限りではありません。

3 前項の場合において、当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減額することができます。

9 秘密保持

事業者は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者及びその後見人又は家族の秘密を漏らしません。

2 事業者及びその従業員は、サービス担当者会議等において、利用者及びその後見人又は家族に関する個人情報を用いる必要がある場合には、利用者及びその後見人又は家族に使用目的等を説明し同意を得なければ、使用することができません。

10 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 佐藤 和子 ですが、やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡を致します。

11 お客様へのお願い

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。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、訪問介護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 秋田県仙北市田沢湖小松字羽根ヶ台 65 番地 5

名称 株式会社 NE ユナイテッド

代表取締役 田村 生子

事業所住所 秋田県秋田市土崎港南 3 丁目 10-19 アーバンハイツ港南 E 105 号

事業所名称 サービスステーションくるみ

印

事業所番号 0570126870

説明者 _____

私は、重要事項説明書に基づいて、訪問介護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 _____ 印

家族

住所 _____

氏名 _____ 印