

訪問介護パールケア 重要事項説明書

＜令和3年4月1日現在＞

訪問介護サービスの提供開始に当たり 様へ重要事項を以下の通り説明いたします。

1. ご利用事業所の名称

法人の名称 社会福祉法人パール
代表者名 理事長 新谷弘子
事業所の名称 社会福祉法人パール 訪問介護事業所「パールケア」
介護保険事業所番号 東京都 1371300359 号
所在地 東京都渋谷区鉢山町 3 番 27 号
連絡先 TEL 03-5458-4816 FAX 03-5458-4817

2. ご利用事業所の従業員の職種・員数及び勤務形態

◇管理者：1名（訪問介護員兼務） ◇サービス提供責任者：6名（訪問介護員兼務）
◇コーディネーター：6名（訪問介護員兼務） ◇事務員：3名（訪問介護員兼務）
◇訪問介護員：41名（非常勤含）
介護福祉士：20名 介護職員初任者研修：21名（2級ヘルパー含）

3. ご利用事業所の営業日及び営業時間

月～土曜日（祝日含む）：8：00～20：00・日曜日：8：00～18：30（12月29日～1月3日を除く）
※緊急時には、適切に対応いたします。

4. 訪問介護サービスの内容

◇身体介護 ①食事介助 ②入浴介助 ③排泄介助 ④整容 ⑤体位変換 ⑥通院・買物などの外出介助 ⑦自立支援の為の見守りの介助など
◇生活援助 ①買物 ②調理 ③掃除 ④洗濯など

5. 利用料及びその他の費用

【利用料】

【料金表－基本料金・昼間－】

身体介護	20分未満 <身0>	20分以上30分未満 <身1>	30分以上～60分未満 <身2>	60分以上～90分未満 <身3>
基本料金	2,280円	3,420円	5,415円	7,923円
利用者負担額	1割	228円	342円	542円
	2割	456円	684円	1,083円
	3割	684円	1,026円	1,625円

生活援助	20分 (身体に繋げてのみ)	45分 <生2>	60分 <生3>
基本料金	912円	2,508円	3,078円
利用者負担額	1割	92円	251円
	2割	183円	502円
	3割	274円	753円

※上記「基本料金」は、特定事業所(I)として2割が加算された金額です。

※利用者負担額は、原則として基本料金の1割または2割または3割の額です。

※介護保険の給付の範囲を超えたサービス料金は自己負担となります。

※基本料金に対して、午後6時以降は25%増しとなります。

【加算について】

加算項目	内容	利用料	利用者負担額		
			1割	2割	3割
初回加算	新規に訪問介護計画を作成したご利用者に対し、初回利用同月内にサービス提供責任者が訪問介護を行うか、他のケアワーカーと同行訪問した場合。	1月につき 2,280円	228円	456円	684円
緊急時訪問介護加算	ご利用者またはご家族より要請を受け、サービス提供責任者がケアマネージャーと連携を図り、居宅サービス計画にない身体介護を行った場合。	1回につき 1,140円	114円	228円	342円
生活機能向上連携加算 (1) (2)	訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言(アセスメント・カンファレンス)を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成(変更)する場合。	(1)1月につき 1,140円	114円	228円	342円
		(2)1月につき 2,280円	228円	456円	684円
介護職員処遇改善加算 (I)	一月につき介護職員等処遇改善加算額は、 【(基本サービス費+各種加算減算)×サービス加算別率(13.7%)】(1単位未満四捨五入)×1単位の単価				
介護職員等特定処遇改善加算 (I)	一月につき介護職員等特定処遇改善加算額は、 【(基本サービス費+各種加算減算)×サービス加算別率(6.3%)】(1単位未満四捨五入)×1単位の単価				
新型コロナウイルス感染症への対応	新型コロナウイルス感染症に対応するための特例的な評価として、一月につき全てのサービスについて基本報酬に 0.1%上乗せ 。 【基本サービス費×0.1%(小数点以下四捨五入)の単位】				

◇キャンセル料について

ご利用者の都合による訪問のキャンセルに関しては、申し出があった時点が訪問予定日の**1日前～当日の場合**、ご利用者負担額と同等金額をお支払い頂きます(2日前までにお申し出があった場合、キャンセル料は不要です)。

ご利用者がケア当日不在時(15分待機してもご不在時)の場合、キャンセルとさせていただき、上記のキャンセル料がかかります。

※予定していたサービスを**1日前～当日に別の日にお振替をした場合も**上記のキャンセル料がかかります。

※**介護保険に繋げて自費サービスをご利用予定の際にキャンセルされた場合は、介護保険のキャンセル料に加えて自費サービスのキャンセル料も頂きます。**

※ご利用者の急な体調変化等によるご入院や、救急搬送等の場合は、上記の限りではありません。

◇交通費について

渋谷区以外の地域にお住まいの方で、遠方の場合はその実額をご負担いただきます。

◇その他

- ・ご利用者様のお住まいで、サービスを提供するために使用する水道・ガス・電気・介護サービス提供に必要な電話代・介護用品・衛生管理用品などの費用はご利用者の負担となります。
- ・大型地震や大型台風などの災害時、又は、感染症等の国による緊急事態宣言発令時には、ご相談の上で訪問を控えさせて頂く場合がございます。
- ・予測される大型台風や大雪などの悪天候の際には、事前に訪問日を別の日に振替えさせて頂く場合がございます。

◇緊急時の対応について

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、当該家族に速やかに連絡し主治医に連絡する等必要な対応を行います。

連絡先①	氏名	続柄
	電話番号	
連絡先②	氏名	続柄
	電話番号	
主治医	病院名 医師名	
	電話番号	

6. 相談窓口、苦情対応

当事業所相談窓口

東京都渋谷区鉢山町 3 番 27 号

電話番号 03-5458-4816 (ご利用時間 9:30~18:30)

担当: 理事長 施設長 副施設長

渋谷区介護保険課

東京都渋谷区宇田川町 1 番 1 号

介護相談係

電話番号 03-3463-3304 (直通)

東京都国民健康保険団体

東京都千代田区飯田橋 3 丁目 5 番 1 号 東京区政会館 11 階

連合会苦情相談窓口

電話番号 03-6238-0177 (直通)

訪問介護サービスの提供開始にあたり、ご利用者に重要な事項を説明いたしました。

◇説明日 年 月 日

◇事業者 事業者氏名 社会福祉法人パール 訪問介護事業所「パールケア」 印
住 所 東京都渋谷区鉢山町 3 番 27 号 TEL 03-5458-4816
説 明 者

私は、契約書及び本書面によりパールケアから訪問介護サービスについての重要事項の説明を受けました。

◇ご利用者 住 所 _____
氏 名 _____ 印

※ご利用者以外の方から署名捺印をいただく場合

◇代理人 住 所 _____
氏 名 _____ 印