

# 重要事項説明書

## ケアセンター さくら

(令和7年7月30日 現在)

### 1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 0985-65-6300 (午前8時30分から午後17時30分時まで)

担当 西田 沙織

\*ご不明な点は何でもお尋ねください。

### 2.

#### (1) 提供できるサービスの種類と地域

|             |                           |
|-------------|---------------------------|
| 事業所名        | ケアセンターさくら                 |
| 所在地         | 宮崎市大字本郷北方字柳箆2708番地        |
| 介護保険指定番号    | 指定訪問介護 (宮崎県 4571500422 号) |
| サービスを提供する地域 | 宮崎市                       |

\*上記地域の以外の方でもご希望の方は遠慮なくご相談ください

#### (2) 同事業所の職員体制

|           | 資格      | 常勤     | 非常勤 | 業務内容 | 計      |
|-----------|---------|--------|-----|------|--------|
| 管理者       | 介護福祉士   | 1名(兼任) |     |      | 1名(兼任) |
| サービス提供責任者 | 介護福祉士   | 1名     | 1名  |      | 2名     |
| 事務職員      |         |        | 1名  |      | 1名     |
| 従事者       | 介護福祉士   |        | 15名 |      | 15名    |
|           | 実務者研修   |        | 3名  |      | 3名     |
|           | 1~2級修了者 |        | 7名  |      | 7名     |
|           | 初任者研修了者 |        | 5名  |      | 5名     |
|           | その他     |        | 1名  |      | 1名     |
| 合計        |         | 2名     | 33名 |      | 35名    |

#### (3) サービスの提供時間帯

|        | 通常時間帯<br>8:30~17:30 | 早朝<br>6:00~8:00 | 夜間<br>18:00~22:00 | 深夜<br>22:00~6:00 | 備考 |
|--------|---------------------|-----------------|-------------------|------------------|----|
| 平日     | ○                   | ○               | ○                 | ○                |    |
| 土・日・祭日 | ○                   | ○               | ○                 | ○                |    |

\*時間帯により料金が異なります。 ※必要時は通常時間帯外の提供時間あり。

### 3. サービス内容

- (1) 身体介護
- (2) 生活援助
- (3) その他のサービス

### 4. 利用料金

#### (1) 利用料(特定事業所加算Ⅱを含む)

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、自己負担割合に応じた金額となります。

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。

#### 【料金表－基本料金・昼間－夜間】

| 利用時間         | 20分未満 | 20分～29分 | 30分～59分 | 夜朝<br>20分～29分 | 深夜<br>20分～29分 |
|--------------|-------|---------|---------|---------------|---------------|
| 身体介護         | 1790円 | 2680円   | 4260円   | 3360円         | 4030円         |
| 身体介護<br>2人介護 |       | 5370円   | 8510円   |               |               |

| 利用時間 |  | 20分～45分<br>未満 | 45以上  |  |  |
|------|--|---------------|-------|--|--|
| 生活援助 |  | 1970円         | 2420円 |  |  |

\* 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。

\* 上記の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)に定められた目安の時間を基準とします。

\* やむをえない事情で、かつ、お客様の同意を得て、2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。

#### (2) 加算

必要に応じて加算させていただきます。

|                      |       | ～R6,5,31      |     | R6,6,1～           |
|----------------------|-------|---------------|-----|-------------------|
| 初 回 加 算              | 1回のみ  | 200円          | ⇒   | 同左記               |
| 緊 急 時 加 算            | 1回あたり | 100円          | ⇒   | 同左記               |
| 訪問介護処遇改善加算Ⅰ          | 1月につき | 所定単位×137/1000 | } ⇒ | 訪問介護処遇改善<br>加算Ⅰ   |
| 訪問介護特定処遇改善加算Ⅰ        | 1月につき | 所定単位×63/1000  |     | 所定単価×245/<br>1000 |
| 介護職員等ベースアップ等<br>支援加算 | 1月につき | 所定単位×24/1000  |     |                   |
| 特定事業所加算Ⅱ             | 1月につき | 所定単位×10×100   | ⇒   | 同左記               |

(3)減算

事業所と同一建物(ケアタウン飛鳥)、同一建物に20名以上(さくら荘)へ入所する利用者様へ訪問する場合、利用料金に対し、10%減算となります。

(4)交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域においてお住まいの方は無料です。  
それ以外の地域の方は、ヘルパーがお訪ねするための交通費の実費が必要です。

(5)キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金を頂きます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。(連絡先 電話 **0985-65-6300**)

|                          |    |
|--------------------------|----|
| ご利用の 24 時間前までにご連絡いただいた場合 | 無料 |
| ご利用の 12 時間前までにご連絡いただいた場合 | 無料 |
| ご利用の 12 時間前までにご連絡がなかった場合 | 無料 |

(5)その他

- ① お客さまの住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用はお客さまの負担になります。
- ② 料金のお支払方法  
毎月、10 日までに前々月分の請求をいたしますので、請求月内にお支払ください。  
お支払いいただきますと、領収書を発行いたします  
お支払方法は、銀行振込、現金支払い、口座自動引き落としの 3 通りの中からご契約の際に選べます。

## 5.当社の訪問介護のサービスの特徴等

(1)運営の方針

事業所の訪問介護員は、利用者の心身の特性を踏まえて、介護状態の軽減、もしくは悪化の防止に資するよう、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り目標を設定し計画的に援助を行う。利用者、又はそのご家族に対しサービス提供方法等について理解しやすい様に説明を行い置かれている環境等の把握、適切な相談及び助言を行う。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努め介護の質の向上、技能評価を行い常に改善を図るように努めます。

(2)サービス利用のために

| 事 項               | 有 無 | 備 考                |
|-------------------|-----|--------------------|
| ホームヘルパーの変更の可否     | ○   | 変更を希望される方はお申し出ください |
| 男 性 ヘルパー の 有 無    | ○   |                    |
| 従 業 員 へ の 研 修 実 施 | ○   | 定期的に研修を実施しています。    |
| サービスマニュアルの作成      | ○   |                    |
| そ の 他             |     |                    |

## 6. サービスの第三者評価の実施状況について

事業所で提供しているサービス内容や課題等について、第三者の観点から評価の実施状況についてお知らせします。

|            |    |
|------------|----|
| 実施の有無      | 無し |
| 実施した直近の年月日 | —  |
| 第三者評価機関名   | —  |
| 評価結果の開示状況  | —  |

## 7. 緊急時、事故発生時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

※事故発生時必要に応じて市町村への連絡を行い、必要な措置を講じます。

|     |       |  |
|-----|-------|--|
| 主治医 | 主治医氏名 |  |
|     | 連絡先   |  |
| ご家族 | 氏名    |  |
|     | 連絡先   |  |

## 8. サービス内容に関する苦情

### ① 当社お客様相談・苦情担当

担当 西田 沙織（ケアタウン飛鳥：電話 0985-65-6300）  
佐藤 華子（ケアホームさくら荘：電話 0985-85-6808）

### ② 行政機関その他への苦情受付

・宮崎県国民健康保険団体連合会  
介護サービス苦情相談室  
TEL 0985-35-5301  
FAX 0985-25-0268

・最寄りの地域包括支援センター

## 9. 当社の概要

名称・法人種別 有限会社 聖

代表者役職・氏名 代表取締役 池田 豪

本社所在地 宮崎市大字本郷北方字柳竈2708番地  
電話番号 0985－65－6300

|       |   |            |   |
|-------|---|------------|---|
| 営業所数等 | 4 | 訪問介護       | 1 |
|       |   | 居宅介護支援事務所  | 1 |
|       |   | 通所介護       | 1 |
|       |   | 訪問看護ステーション | 1 |

## 10. その他

――契約する場合は以下の確認をすること――

令和 年 月 日

訪問介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 宮崎市大字本郷北方字柳竈2708番地  
名 称 ケアセンターさくら

説明者

氏 名

私は、契約書および本書面により、事業者から訪問介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者

<住 所> .....

<氏 名 > .....印

代理人

<住 所> .....

<氏 名 > .....印