

訪問介護及び日常生活支援総合事業重要事項説明書

【令和 7 年 2 月 1 日現在】

1. 昭和タクシーケアステーション孫の手が提供するサービスについての窓口

サービス提供責任者	高野陽子 丹野睦美 菅野仁美 猪狩幸奈
電話番号	0243-22-1144 (8:30~17:00)

2. 当事業者の訪問介護サービスの基本理念

当事業所の訪問介護及び日常生活支援総合事業の事業は、利用者の移動、入浴、食事、その他生活全般にわたる援助を行ない、利用者が居宅で、その能力に応じて自立した生活を目指すものです。援助にあたっては、利用者の心身状況に応じて、適切なサービスを提供するとともに、提供するサービスの質についても、利用者の立場になってこれを提供するよう努めていきます。

3. 昭和タクシーケアステーション孫の手の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域等

事業所名	昭和タクシーケアステーション孫の手		
所在地	二本松市成田町一丁目 753-3		
管理者	安斎 文彦		
提供できるサービス	訪問介護	身体介護	
		生活援助	
		通院等乗降介助	
	日常生活支援 総合事業	自立支援を目的とした援助	
介護保険指定番号	0771000148		
サービスを提供する地域	二本松市の内旧二本松市と旧安達郡安達町 (上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい)		

(2) 同事業所の職員体制 (常勤は兼務職員を含む)

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者		1名		・ 訪問介護事業の統括 ・ 職員の指揮監督	1名
サービス提供 責任者 (訪問介護員兼務)	介護福祉士 介護職員基礎研修 課程 実務者研修課程 訪問介護1級課程	3名 以上		・ 訪問介護計画関係を中心とする 業務 ・ サービス内容の管理 ・ 訪問介護員の資質の向上 ・ 利用者の口腔ケアや服薬の相談 ・ 利用者の相談 ・ 苦情処理	3名 以上
事務職員 (訪問介護員兼務)	訪問介護 2 級課程	2名		・ 訪問介護業務の事務等	2名
訪問介護員	訪問介護 2 級課程 介護職員初任者研 修課程	20名 以上		・ 訪問介護の業務 ・ 利用者の相談 ・ 訪問介護員研修への参加	20名 以上

(3) サービスの提供時間 営業時間 06:00~21:00 (総合事業は 08:00~17:00)

	早朝時間 6:00~8:00	昼間時間 8:00~18:00	夜間時間		深夜時間 22:00~6:00
			18:00~21:00	21:00~22:00	
平日	○	○	○	×	×
土・祭日	○	○	○	×	×

* 但し、居宅サービスは、日曜日・元旦は定休日

4. 介護保険給付対象サービス内容

《 要介護 1・2・3・4・5 の方 》

身体介護	①起床・就寝介助 ②排泄介助 ③衣服の着脱・更衣の介助 ④清拭・入浴 ⑤身体整容 ⑥特段の配慮を持って行う調理 ⑦食事介助 ⑧服薬介助 ⑨移動・乗降介助(歩行・車椅子・ストレッチャー等) ⑩通院・外出介助 ⑪自立生活支援のための見守りの援助 ⑫体位交換 ⑬環境整備・記録 ⑭その他
生活援助	①ベッドメイク・シーツ交換 ②洗濯・アイロンがけ ③掃除 ④衣服の整理・補修 ⑤買い物・薬の受け取り ⑥一般的な調理 ⑦配膳・食事の後片付け ⑧環境整備・記録 ⑨その他
通院等乗降介助	従事者が自ら運転する自動車での外出を伴う通院・外出介助

《 要支援 1・2 の方 》

日常生活支援 総合事業	自立支援を目的とした「身体介護」や「生活援助」等を行います。
----------------	--------------------------------

5. 利用料金

(1) 【基本利用金】

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、介護保険利用料金のうちの、介護保険負担割合証に記載された割合で、計算された自己負担額となります。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。又、介護保険給付以外のサービス利用についても、全額自己負担となります。

尚、今後介護保険法改正により、料金に変更となった場合には、法の定めた料金とします。

① 訪問介護（要介護1・2・3・4・5）の場合の、介護保険利用料

《 身体介護 》

20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 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分増す毎に
1,630円	2,440円	3,870円	5,670円	820円が加算

《 身体介護＋生活援助 》

身体 30分未満＋ 生活 30分	身体 30分未満＋ 生活 60分	身体 1時間未満＋ 生活 30分	身体 1時間未満＋ 生活 60分
3,090円	3,740円	4,520円	5,170円

《 生活援助 》

20分以上 45分未満	45分以上
1,790円	2,200円

《 通院等乗降介助 》

片道1回利用
970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9時)の時間帯は25%増となります。

※ 利用者の同意を得て、2名で訪問した場合は、2名分の料金となります。

※ 上記金額の他に保険対象外負担金として、事業所の車両での移動が必要な場合は、乗車時間を加算致します。(以下『時間料金』という)【別紙契約書】

※ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払わない場合があります。その場合は、一旦介護保険適用外の料金を頂き、サービス提供証明書を発行致します。サービス提供証明書を後日市町村の介護保険担当窓口へ提出すると、差額の支払いを受けることができます。

② 日常生活支援総合事業(要支援1・2)の場合の、介護保険利用料

区分	程度	金額
日常生活支援総合事業Ⅰ	要支援1・2の方で週1回程度の訪問が必要な場合	1ヵ月(月額) 11,760円
日常生活支援総合事業Ⅱ	要支援1・2の方で週2回程度の訪問が必要な場合	1ヵ月(月額) 23,490円
日常生活支援総合事業Ⅲ	要支援2の方で週2回を超える程度の訪問が必要な場合	1ヵ月(月額) 37,270円

(2) 【加算額】 加算付加の内容は、法改正及び当事業所の都合により、変更することがあります。

① 初回加算

新規に訪問介護計画書を作成し、サービス提供責任者がサービスに入る場合、または他の訪問介護員等が、訪問介護を行う際に、同行訪問した場合は、介護保険利用料1回2,000円が加算されます。また、前回のご利用から過去2月間(暦月)の期間を経て、ご利用する場合にも、初回加算の対象となります。

② 緊急時訪問介護加算

利用者やその家族からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネージャーと連携を図り、ケアマネージャーが必要と認めた時に、要請の電話を受けてから24時間以内に、サービス提供責任者又はその他の訪問介護員等が、居宅サービス計画にない訪問介護(身体介護)を行った場合は、介護保険利用料1回1,000円が加算されます。

③ 生活機能向上連携加算Ⅰ・Ⅱ

(Ⅰ)自立支援型のサービスを促進し、利用者の在宅における生活機能向上を図る観点から、リハビリ専門職の助言を受けただけで、訪問介護計画を作成(変更)した場合は、介護保険利用料1回1,000円が、加算されます。

(Ⅱ)リハビリ専門職が、利用者宅を同時に訪問して行う場合は、介護保険利用料1回2,000円が、加算されます。

④ 介護職員等処遇改善加算Ⅱ

介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。また、区分支給限度基準額の算定対象外となります。

(3)交通費

前記4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。それ以外の地域の方は、境界線から片道1km毎に200円となります。又、居宅サービスの場合は、境界線から片道1km毎に15円のガソリン代を、頂きます。

(4)サービスの中止に係る料金 (キャンセル料)

キャンセルの場合は、下記の料金を頂くようになりますので、キャンセルが必要となった場合は至急ご連絡下さい。サービス従事者派遣後のご連絡は、無断キャンセルの扱いとなります。サービス中止は時間に余裕を持ってご連絡ください。 《 連絡電話番号 0243-22-1144 》

ご利用の24時間前までにご連絡を頂いた場合	無料
ご利用の6時間前までにご連絡を頂いた場合	当該料金の10%
ご利用の1時間前までにご連絡を頂いた場合	当該料金の50%
ご利用の1時間前までにご連絡がない場合	当該料金の100%

(5)その他

①サービス提供に係る光熱費等

ご利用者様の居宅でサービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気などの費用は、ご利用者様のご負担となります。

② お支払いについて

毎月、10日頃までに前月利用分の請求書・明細書を発送いたします。

支払方法については郵便局又は銀行等の口座自動引落としをご利用願います。引き落とし日については、毎月20日(土日祝日の場合は前日営業日)となります。

また、引き落としが完了しましたら、翌々月の10日までに領収書を発行いたします。

(5)償還払いについて

下記の条件の場合は、介護保険利用料の自己負担額で利用できるサービスであっても、費用の全額をいったん支払い、後で支払った金額の自己負担額を、払い戻す事があります。

① ケアプランをあらかじめ作成せずに、サービスを利用した場合

② 特別な事情がなく保険料を1年間滞納した為に、支払方法が変更となっている場合

③ 緊急その他やむを得ない事情により、要介護認定の効力発生日前に介護保険サービスを利用した場合 等

6. サービスの終了

(1)利用者からの申し出によるサービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービス終了を希望する1週間前までに、直接又は介護支援専門員を通じてご連絡下さい。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等を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ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 当事業所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、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合、利用者は文書で解約を通知する事によって即座にサービスを終了する事ができます。

(2) 事業者からの申し出による解約

利用者が、サービス利用料金の支払を2ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従事者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為又は迷惑行為(カスタマーハラスメントを含む)を行なった場合は、文書で通知する事により、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) 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスの提供を終了致します。

① 利用者が介護保険施設に入所した場合

② 利用者の要介護区分が、非該当(自立)と認定された場合

③ 利用者がお亡くなりになった場合

7. 緊急時及び事故発生時の対応

サービス提供中の容体の変化、事故があった場合は関係機関に連絡を取り、事前の打ち合わせにより救急隊、主治医、親族等の指定緊急連絡先、市町村担当部署および、居宅介護支援事業者等への連絡をいたします。

8. 感染症対策について

感染症又は食中毒の発生予防とまん延の防止の為に指針を整備し、年1回の研修を行い、感染症又は食中毒の発生予防とまん延の防止の為に防止に努めます。

9. 虐待の対策防止について

虐待防止のための指針を整備し、担当者を配置のうえ、従業員向けの研修を年1回実施し、虐待の未然防止に努めます。尚、サービス提供中に事業所の従業員又は擁護者により虐待を受けたと思われる利用者を発見した時は、速やかに介護支援専門員又は市町村等へ通報する事としております。

10. 身体拘束等の禁止について

身体拘束等の適正化のための指針を整備し、従業員向けの研修を年1回実施し、身体拘束等禁止について努めます。実施に当たっては、利用者又は他の利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

11. 業務継続計画の策定等について

感染症や非常災害の発生時に利用者に対して、介護サービスを継続的に提供、早期に提供開始できるようにするための計画(業務継続計画)を策定し、非常時においても安定的に介護サービスを提供するために必要な措置を講じるよう、努めます。

12. 守秘義務

当事業所及び当事業所の使用するものは、サービス提供上知り得た利用者及びその家族の個人情報に関し、契約終了後も含め守秘義務を負います

13. 損害賠償について

事業者はサービス提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により利用者の身体・生命・財産に損害を及ぼした場合は、利用者によるその損害を賠償致します。

14. 第三者評価の実施状況

提供サービスの第三者評価は実施していません。

15. サービス内容に関する苦情

① 昭和タクシーケアステーション孫の手

電話 0243-22-1144

受付日時 祝祭日を除く、午前9時から午後5時

苦情解決責任者 安齋 文彦 苦情受付担当者 高野 陽子

② 二本松市役所介護保険課 0243-55-5115

③ 福島県運営適正委員会 024-523-2943

④ 国民健康保険団体連合会 024-523-2702

16. 当法人の概要

名称 昭和タクシー株式会社

代表者 代表取締役社長 安齋 文彦

所在地 二本松市成田町一丁目 753-3

定款の目的に定めた主な事業

1. 在宅介護サービス事業
2. 一般乗用旅客自動車運送事業
3. 一般貸切旅客自動車運送事業
4. 警備業法に基づく一切の警備業務

訪問介護及び日常生活支援総合事業の提供開始にあたり、利用者およびその家族に対して、本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

【事業者】 事業者 二本松市成田町一丁目 753-3
昭和タクシー株式会社
代表取締役社長 安齋文彦 印
事業所 二本松市成田町一丁目 753-3
昭和タクシーケアステーション孫の手

説明者 氏 名 _____ (印)

私は本書面により、事業者から訪問介護及び日常生活支援総合事業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)

家族等 住 所 _____

氏 名 _____ (印)