

P A C I F I C 訪問介護ステーション
(訪問介護サービス)

重要事項説明書

様

パシフィックウェルフェア株式会社

重要事項説明書

(訪問介護サービス)

あなたに対する訪問介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者概要

事業者名称	パシフィックウェルフェア株式会社
主たる事務所の所在地	名古屋市東区泉一丁目23番37号
法人種別	営利法人
代表者名	代表取締役 半谷 繁幸
電話番号	052-715-8541

2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	P A C I F I C 訪問介護ステーション	
指定番号	訪問介護	2371603800 号
	予防専門型訪問サービス 生活支援型訪問サービス	23A1600916 号
事業等の種類	訪問介護	
所在地	名古屋市天白区平針二丁目1812番地 新・村瀬ビル2階201号室	
電話番号	052-715-8541	
通常の事業の実施地域	名古屋市天白区、緑区、名東区、千種区、昭和区、瑞穂区 ただし、予防専門型訪問サービスと生活支援型訪問サービスについては、天白区内に限る。	

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	指定訪問介護の事業の適正な運営を確保するための人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の訪問介護員等が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な訪問介護を提供することを目的とする。
運営方針	要介護者等の心身の特性を踏まえて、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・食事その他の生活全般の援助を行う。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るものとする。

4 ご利用事業所の職員体制

(1) 管理者 1名（常勤）

管理者は、事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に運営に関する基準を遵守させるため必要な指揮命令を行う。

(2) 従業者

ア サービス提供責任者 1名以上

サービス提供責任者は、以下の職務を行う。

(ア) 訪問介護計画、予防専門型訪問サービス計画、生活支援型訪問サービス計画の作成・変更を行い、利用の申し込みに係る調整をすること。

(イ) 利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握し、サービス担当者会議への出席等により居宅介護支援事業者等と連携を図るとともに、居宅介護支援事業者等に対し、サービスの提供に当たり把握した利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身の状態及び生活の状況に係る必要な情報の提供を行うこと。

(ウ) 訪問介護員又は名古屋市高齢者日常生活支援研修等修了者（以下「訪問介護員等」という。）に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達し、業務の実施状況を把握すること。

(エ) 訪問介護員等の能力や希望を踏まえた業務管理、研修、技術指導等、その他サービス内容の管理について必要な業務を実施すること。

イ 訪問介護員等

訪問介護員等は、サービスの提供に当たる。

(ア) 2.5名以上（常勤換算）

5 営業時間

営業日	月曜日から金曜日（国民の休日及び12月29日～1月3日を除く）
営業時間	午前9時～午後6時

6 サービスの概要

法定代理受領サービスの場合は、『介護保険負担割合証』を確認し、介護保険負担割合証に記載された割合に応じた額とし、法定代理受領でない場合は、居宅介護サービス基準額相当額です。（1単位は11.05円）

身体介護（算定単位/回）					
	単位	利用料金	自己負担額 1割	自己負担額 2割	自己負担額 3割
20分未満	163	1,801円	180円	360円	540円
20分以上30分未満	244	2,696円	269円	539円	808円
30分以上1時間未満	387	4,276円	427円	855円	1,282円
1時間以上1時間30分未満	567	6,265円	626円	1,253円	1,879円

生活援助(算定単位/回)					
	単位	利用料金	自己負担額 1 割	自己負担額 2 割	自己負担額 3 割
20分以上45分未満	179	1,977 円	197 円	395 円	593 円
45分以上	220	2,431 円	243 円	486 円	729 円

※二人の訪問介護員が対応した場合は、所定単位数の2倍に相当する単位数で算定
(1回につき)

< 予防専門型訪問サービス >

予防専門型サービス(算定単位/月)					
	単位	利用料金	自己負担額 1 割	自己負担額 2 割	自己負担額 3 割
週 1 回程度の利用	1,176	12,994 円	1,300 円	25,99 円	3,899 円
週 2 回程度の利用	2,349	25,956 円	2,596 円	5,192 円	7,787 円
週 2 回以上の利用	3,727	41,183 円	4,119 円	8,237 円	12,335 円

< 生活支援型訪問サービス >

生活支援型訪問サービス(算定単位/月)					
	単位	利用料金	自己負担額 1 割	自己負担額 2 割	自己負担額 3 割
週 1 回程度の利用	1,064	11,757 円	1,176 円	2,351 円	3,527 円
週 2 回程度の利用	2,128	23,514 円	2,351 円	4,703 円	7,054 円
週 2 回以上の利用	3,192	35,272 円	3,527 円	7,054 円	10,581 円

☆その他加算 (1 単位は 11.05 円)

- ・当事業所が、厚生労働大臣が定める基準に適合する特定事業所となった場合は、当該基準に定める次の区分に応じた金額が、基本料金に加算されます。

(Ⅰ) 特定事業所加算：基本料金の 20%に当たる金額

(Ⅱ) 特定事業所加算：基本料金の 10%に当たる金額

(Ⅲ) 特定事業所加算：基本料金の 10%に当たる金額

(Ⅳ) 特定事業所加算：基本料金の 3%に当たる金額

(Ⅴ) 特定事業所加算：基本料金の 3%に当たる金額

- ・新規に訪問介護計画を作成した利用者様に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら訪問介護を行う場合又は、他の訪問介護職員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合に加算されます。

初回加算(新規) : 200 単位/月

- ・利用者とその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者が介護支援専門員と連携を図り、介護支援専門員が必要と認めた時に、サービス提供責任者又はその他の訪問介護職員等が居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行った場合に加算されます。

緊急訪問介護加算 : 100 単位/月

- ・厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金改善を実施している事業所として、その基準に該当する場合は、以下の金額を加算します。

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	24.5%
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	22.4%
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	18.2%
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	14.5%

7 交通費実費

事業所の実施地域を越える地点から、1 キロあたり 20 円

8 キャンセル料

当日のご連絡の場合	当日の利用料金の 50% 但し介護予防・日常生活支援総合事業は発生しない
前日までのご連絡の場合	無料

9 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	ご利用時間	平日	午前 9 時～午後 6 時
	ご利用方法	電話	0 5 2－7 1 5－8 5 4 1
		面接	P A C I F I C 訪問介護ステーション
		担当者	管理者 岡田 崇
名古屋市介護保険課	ご利用時間	平日	午前 8 時 4 5 分～午後 5 時 3 0 分
	ご利用方法	電話	0 5 2－9 7 2－3 0 8 7
		面接	名古屋市役所介護保険課
愛知県国民健康保険 団体連合会	ご利用時間	平日	午前 9 時～午後 5 時
	ご利用方法	電話	0 5 2－9 7 1－4 1 6 5
		面接	愛知県国保連合会介護福祉室内苦情調査係

1 0 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の 名称	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	— —
	昼間の連絡先	— —
	夜間の連絡先	— —

1 1 虐待の防止についての措置

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- 1 施設（事業所）における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
- 2 施設（事業所）における虐待の防止のための指針を整備すること。
- 3 施設（事業所）において、介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年1回以上）実施すること。
- 4 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと

1 2 その他

介護保険法に基づき、事業者は利用者及びご家族の満足度を高めるため年数回、第三者機関によるアンケートを実施させていただきます。

令和 年 月 日

【利用者】

私は、重要事項説明書に基づいて、P A C I F I C訪問介護ステーションのサービス内容、重要事項の説明を受けました

【利用者様】

(住 所)

(氏 名)

【利用者様署名代行者】 ＊利用者本人が署名不可能な為、本人の同意を得て署名致します。

(住 所)

(氏 名)

【家族代表】

(住 所)

(氏 名)

【事業者】

事業者は、重要事項説明書に基づいて、P A C I F I C訪問介護ステーションのサービス内容、重要事項の説明を致しました。

【事業者】

(所在地) 名古屋市東区泉一丁目23番37号

(名 称) パシフィックウェルフェア株式会社
代表取締役 半谷 繁幸 印

(電 話) 052-715-8991

【事業所】

(所在地) 名古屋市天白区平針二丁目1812番地 新・村瀬ビル2階201号室

(名 称) P A C I F I C訪問介護ステーション

(電 話) 052-715-8541 (FAX) 052-715-8542

(説明者)
