いなさ愛光園ヘルパーステーション重要事項説明書（有償サービス）

1. 事業者

法人名	社会福祉法人 聖隷福祉事業団
法人所在地	静岡県浜松市中央区元城町 218 番地 26 号
代表者氏名	青木 善治
電話番号	0 5 3 - 4 1 3 - 3 3 0 0
F A X	0 5 3 - 4 1 3 - 3 3 1 4

2. 事業所の概要

事業所の名称	いなさ愛光園ヘルパーステーション
所在地	〒431-2207 静岡県浜松市浜名区引佐町東黒田 37 番地の 2
開設年月日	平成 17 年 11 月 1 日
電話番号	0 5 3 - 5 4 4 - 0 7 8 1
F A X	0 5 3 - 5 4 4 - 0 8 8 8
管理者	石塚 由貴
サービス提供する実施地域	引佐町・神宮寺町・細江町

3. 営業日及び営業時間

受付時間	月曜日から金曜日（国民の祝日を除く） 午前 8 時 3 0 分から午後 5 時 但し 12 月 29 日から 1 月 3 日は除く
サービス提供日	月曜日から日曜日（12 月 29 日～1 月 3 日は休日） 但し、年末年始の訪問は御相談に応じます。
サービス提供時間	提供時間は御相談に応じます。

4. 職員の概要

介護福祉士、ホームヘルパー 2 級の職員が従事しています。

5. いなさ愛光園ヘルパーステーションの概要

1) 事業の目的

利用者が可能な限りその居宅において、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利用者に対し、訪問介護、その他の生活全般にわたるサービスの提供を行うことを目的とする。

2) 運営方針

ご自宅で安心して暮らせる訪問介護及びサービスを提供します。

3) 介護サービスの内容

(1) 提供するサービスは以下のとおりです。

公的制度 適用外サ ービス	<ol style="list-style-type: none">1) 日帰りの外出2) 冠婚葬祭への出席3) 入院・入所(ショート含む)中の洗濯、買物4) 入院・入所(ショート含む)中の方の外泊時の送迎を含んだケア (入院・入所・ショート利用前からの利用者に限る)5) 介護保険で認定されない長時間の見守り6) 同居家族のいるお宅の生活援助7) 通院介助における公的制度外の内容8) その他
---------------------	--

① サービスの提供に用いる器具類については、安全・衛生に常に注意を払い使用します。

② 医療行為は実施できません。

例えば：浣腸、坐薬の挿入、痰の吸引、胃管からの食事の注入、床ずれの手当てなど、その他医療行為と判断される内容。

6. 記録

サービスの実施状況及び評価を記録します。

7. 他事業所との連携

いくつかの事業所よりサービスを受けている場合は、必要に応じ連絡を取りながら、サービスの提供をいたします。

8. 訪問介護員等の変更について

訪問介護員等の変更を申し出ることができます。これを拒む正当な理由が無い限り事業所は変更に応じます。

9. 利用料金（別紙に定めます。）

- 1) サービスを提供するにあたって、利用者宅で使用する水道、ガス、電気等の費用はご負担して頂きます。
- 2) タクシーやバス等と一緒に出掛ける場合は、訪問介護員等の交通費は利用者の負担となります。
- 3) 介護に関する事で事務所への連絡が必要な場合は、利用者の電話をお借りする事があります。

10. 身元引受人

身元引受人をご指定ください。身元引受人の主な責任は以下の通りです。なお、身元引受人は民法（債権法）に定める保証人としての債務を負います。

重要事項説明書の各条項のほか、以下の各項目に従い債務を保証

- (1) 連帯保証人は、利用者と連帯して本契約から生じる利用者の債務を負担するものとする。
- (2) 前項の連帯保証人の負担は極度 60 万円を限度とする。
- (3) 連帯保証人の請求があったときは、事業者は連帯保証人に対し、遅滞なく利用料金等の支払い状況や滞納金の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければならない。

※身元引受人が役割を果たせなくなった場合には、あらたな身元引受人を立てていただきます。

11. 苦情申し立て

受付時間	平日午前8時30分から午後5時
電話	053-544-0781
苦情受付窓口	松島 康敏（相談員）

12. 利用者の留意点

1) 訪問スケジュールの変更について

利用者の都合で予定されたサービスを変更する場合は、前日までにご連絡下さい。状況によっては御希望に応じる事ができないことがあります。

2) ご本人不在のサービスは行っていません。

3) 訪問時のもてなしの辞退

訪問時に職員に対する贈り物や飲食のもてなしはご遠慮いたします。

平成 17 年 11 月 1 日	実施	2022 年 10 月 1 日	一部改訂
平成 21 年 10 月 1 日	一部改訂	2023 年 7 月 1 日	一部改訂
平成 23 年 4 月 1 日	一部改訂	2024 年 1 月 1 日	一部改訂
平成 24 年 4 月 1 日	一部改訂	2024 年 4 月 1 日	一部改訂
平成 30 年 9 月 1 日	一部改訂	2025 年 4 月 1 日	一部改訂
2020 年 4 月 1 日	一部改訂		
2021 年 4 月 1 日	一部改訂		

私は、本書面について、

いなさ愛光園ヘルパーステーション サービス提供責任者 氏名 _____

から有償サービスの重要事項の説明を受けたことを確認します。

年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____

身元引受人 住所 _____

氏名 _____ (関係 _____)

有償サービス料金 (別紙)

I 訪問介護利用料

(税込)

時 間	1 時間当たりの利用料金	
	平 日 (月～土)	日・祝日 年末年始 (12/29～1/3)
8 時～1 8 時	3,300 円	4,125 円
7 時～8 時 1 8 時～2 2 時	4,125 円	5,159 円

- 1) 上記の料金はサービス内容 (身体介護・生活援助) に関係なく 1 時間あたりの料金です。
- 2) 延長料金は、15 分ごと上記の 4 分の 1 の料金を追加いたします。
- 3) ケア時間は、15 分からお受けいたします。

II キャンセル料について

当日キャンセルの場合	1,000 円/1 回 (不課税)
------------	-------------------

III 交通費

- ・ 54 円 / km
- ・ 移動に関わる実費相当分等を請求させていただきます。

IV その他

- ・ 外出先で必要となる費用は、訪問介護員の分も利用者負担になります。

平成 17 年 11 月 1 日 実施

平成 21 年 10 月 1 日 一部改訂

平成 23 年 4 月 1 日 一部改訂

平成 24 年 4 月 1 日 一部改訂

平成 30 年 9 月 1 日 一部改訂

2021 年 4 月 1 日 一部改訂