

## 重要事項説明書

(訪問介護サービス)  
(第一号訪問事業)

## 1. 概要

## (1) 事業所の概要

事業所名	訪問介護ステーション そらまめ星和台	
所在地	奈良県北葛城郡河合町星和台2-1-17	
提供可能なサービス及び 介護保険事業者番号	奈良県	2973400126号
管理者及び連絡先	氏名	連絡先
	山田 大輔	0745-31-3001
サービス提供地域	河合町・王寺町・広陵町・上牧町・斑鳩町 三郷町・安堵町・三宅町・川西町・香芝市 平群町	

## (2) 当社の概要

名称・法人種別	医療法人 康成会	
代表者名	堀井 康弘	
本社所在地・電話	奈良県北葛城郡河合町星和台2-1-20 電話：0745-31-2073	
営業所数等	居宅介護支援	2ヶ所
	訪問看護	1ヶ所
	訪問介護	3ヶ所
	通所介護	3ヶ所
	有料老人ホーム	2ヶ所
	サービス付き高齢者向け住宅	1ヶ所
	(特定施設入居者生活介護	1ヶ所)

## 2. 事業所の職員体制等

職 種	従事するサービス、種類	人 員
管理者	従業者及び業務の管理	1名
サービス提供責任者	事業所に対する利用の申込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、訪問介護計画の作成等	2名
訪問介護員等	指定訪問介護の提供	2.5名以上 (常勤換算)
事務担当職員	必要な業務を行う	1名

## 3. 営業日及び営業時間

- (1) 営業日 月～日曜日  
(2) 営業時間 月～日曜日 6時30分～21時00分  
(3) 休業日 年中無休

#### 4. サービスの内容

(1) 「訪問介護」は、介護福祉士もしくは訪問介護員（介護職員初任者研修を修了した者）が自宅に訪問して利用者の日常生活上の世話をを行うサービスです。

(サービス例)

- 身体介護～入浴、排泄のお世話、着替え、食事の介助、通院の付添いなど
- 生活援助～住居の掃除、洗濯、買物、食事の準備・調理など

(2) サービス提供にあたっては、別添の「訪問介護計画書」・「介護予防訪問介護計画書」に沿って計画的に提供します。

#### 5. サービスの提供の記録等

(1) サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「サービス提供記録」の書面に必要事項を記入して、利用者の確認を受けます。

(2) 事業所は、前記の「サービス提供記録」その他の書類をその完結の日から5年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します

#### 6. サービス提供責任者等

サービス提供の責任者は、次の通りです。尚、サービスについて不明な点がある場合は下記まで連絡をください。

氏名：山田大輔      崎山克美      連絡先（電話）0745-31-3001

#### 7. 利用者負担

(1) 利用者の方からいただく利用者負担金は、次表のとおりです。

(2) この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。

(3) 介護保険料外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）は、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明の上、利用者の同意を得ることになります。）

(4) 自己負担金は、毎月10日までに前月分の請求をいたします。お支払いは原則金融機関での自動引落としとさせていただきます。（毎月26日、当日が休日の場合 翌営業日）

(5) 領収書の再発行は致しませんので、大切に保管してください。

○訪問介護費

サービスの種類	サービス時間	単位数
身体介護が中心の場合	20分未満	163
	20分以上30分未満	244
	30分以上1時間未満	387
	1時間以上 1時間30分未満	567
	以後30分超過につき	82
身体介護に引き続き生活支援を行う場合	20分以上	65
	45分以上	130
	70分以上	195
生活援助が中心の場合	20分以上45分未満	179
	45分以上	22
初回加算		200
緊急時対応加算		100
生活機能向上連携加算		100
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）		月合計の単位数×22.4%

○第一号訪問事業費（事業対象者、要支援1、2）

サービスの種類	サービス回数	単位数	
訪問型独自サービス1 1	週1回程度	1176	1月につき
訪問型独自サービス1 2	週2回程度	2349	〃
訪問型独自サービス1 3	週2回を超える程度	3727	〃
訪問型独自サービス2 1	標準的な内容	287	1回につき
訪問型独自サービス2 2	生活援助が中心	20分以上45分 179	〃
訪問型独自サービス2 3		45分以上 220	〃
訪問型短時間サービス	短時間の身体介護	163	〃
訪問型サービス初回加算		200	1月につき
訪問型サービス処遇改善加算（Ⅱ）		22.4%	〃

※利用料に地域区分加算（7級地）10.21円が加算されます。

※一定以上の所得のある方はサービスを利用した時の負担割合が変わることがあります。

※第一号訪問事業費については保険者により異なる場合があります。

○交通費 通常のサービス提供地域を越えて行う指定訪問介護及び指定第一号訪問介護に要した交通費は、その実費を請求します。

○買物、薬の受取り、クリーニング店への洗濯物の出し入れなど、訪問介護員が公共交通機関及び自動車を利用してサービスを行ったとき、公共機関を利用した場合は実費、自動車を使用し町外に移動した場合は、1回につき100円、交通費を請求します。

- (6) 利用者負担金は「決定代理受領（現物給付）」の場合について記載します。  
居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が（10割）を支払い、その後市町村に対して保険給付分（9割）を請求することになります

8. キャンセル

- (1) サービスの利用の中止をする際には、できる限りサービス利用の前日までに下記の連絡先（又は前記のサービス提供責任者）までご連絡ください。

連絡先（電話）：0745-31-3001

- (2) 当日サービスの利用を中止される際、既に当事業所職員がサービス活動のため、利用者宅へ向かうなど、やむを得ずサービス活動が中止できない場合は、キャンセル料500円を請求します。

9. 相談窓口、苦情申立窓口

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所お客様相談コーナー	電話 0745-31-3001 FAX 0745-31-3030 管理者 山田 大輔 対応時間 9時～17時
奈良県国民健康保険団体連合会 介護保険課、苦情処理係	〒634-0061 奈良県橿原市大久保町302-1 電話 0120-21-6899 受付時間 9時～17時
市町村介護保険相談窓口 (市町村により異なる)	

10. 緊急時の対応方法

サービス提供中に体調の急変等があった場合は、速やかに下記、緊急連絡先、居宅介護支援専門員に連絡します。

		氏名	連絡先
緊急連絡先	①		
	②		
主治医	氏名		
	連絡先		
介護支援専門員			

## 1 1. その他

### (1) ハラスメント対策

職員に対して行う暴言・暴力・いやがらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、及びパワーハラスメント・セクシャルハラスメント等の行為につき、法令等の他、当法人にて定める規定・手順書・指針に基づき対応します。

### (2) 虐待防止対策と虐待通報受付及び身体拘束について

利用者に対する虐待防止・虐待通報受付及び身体拘束につき、必要な措置、研修の実施、委員会の開催等、法令等の他、当法人に定める規定・手順書・指針に基づき対応します。

### (3) 感染症及び業務継続計画（BCP）について

感染症や非常災害の発生時において、ヒト・モノに対する衛生管理の徹底、感染症の予防及び蔓延防止のための措置、研修の実施、委員会の開催、業務を継続的に実施、再開するために必要な研修の開催等、法令等の他、当法人にて定める業務継続計画（BCP）・規定・手順書・指針に基づき対応します。

### (4) サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。

①ヘルパーは、医療行為や鍵の預かり、年金等の金銭の取扱いは致しません。（生活支援として行う買物等に伴う少額の金銭の取扱いは可能です。）

②ヘルパーは、介護保険制度上、利用者（要介護者）の介護や家事の準備等を行うこととされています。家族の食事の準備など、それ以外の業務については介護保険外のサービスとなります。

（介護保険外のサービスについては居宅介護支援専門員、又は事業所に相談ください。）

### (5) 事故発生時には、ご家族、居宅介護支援専門員及び市町村に連絡します。

## 1 2. 当事業所のサービスの方針等

○まごころをもってサービスいたします。

○お客様の立場にたったサービスをいたします。

○より良い生活を送れるようお手伝いいたします。

○個人情報保護、介護サービス情報の公表制度に取り組んでいます。

○訪問介護員及びサービス提供責任者について資格取得、キャリアアップを推進しています。

年 月 日

(乙) 事業者は、甲1に対する訪問介護サービス・介護予防訪問介護サービスの提供開始に当たり、甲1、□甲2 に対して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

(乙) 訪問介護サービス

介護予防訪問介護サービス事業所

所在地 奈良県北葛城郡河合町星和台 2-1-17

名称 訪問介護ステーション そらまめ星和台

説明者 職名

氏名

(甲) 私は、本書面に基づいて乙から上記重要な事項の説明を受けました。

私は、訪問介護サービス・介護予防訪問介護サービスの提供開始に同意します。

(甲1) 利用者 住所

〔代筆の場合は  
カッコ書〕

氏名

印

(甲2) 利用者の家族等 住所

氏名

印

続柄