

指定訪問介護(総合事業第1号) 重要事項説明書

1 事業者(法人)の概要

事業者(法人)の名称	合同会社 H.I
代表者役職・氏名	代表社員 印南 香織
本社所在地・電話番号	埼玉県 川口市 上青木 6-12-2 光ハイツ102
法人設立年月日	平成29年12月12日

2 サービスを提供する事業所の概要

(1) 事業所の名称等

名	称	訪問介護事業所 くおら
---	---	-------------

(2) 事業所の窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日まで (国民の休日、12月29日から1月3日までを除く。)
営業時間	午前9時から午後6時まで

(3) 事業所の勤務体制

職種	業務内容	勤務形態・人数
管理者	<ul style="list-style-type: none">・従業者と業務の管理を行います。・従業者に法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常勤 1人
サービス提供責任者	<ul style="list-style-type: none">・訪問介護計画(介護予防訪問介護計画)を作成し、利用者へ説明し、同意を得ます。・サービス担当者会議への出席等により居宅介護事業者と連携を図ります。・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ます。・訪問介護員の業務の実施状況を把握します。・訪問介護員に対する研修、技術指導を行います。	常勤 1人 非常勤 0人
訪問介護員	訪問介護計画(介護予防訪問介護計画)に基づき、訪問介護のサービスを提供します。	常勤 3人 非常勤 5人

3 サービス内容

介護予防相当サービス	利用者が自力では困難な行為について、同居家族の支援や地域の支えあいなどを受けることが難しいような場合に、ホームヘルパーによるサービスを行います。
基準緩和サービス	ホームヘルパー等による日常生活上必要となる生活援助に関するサービスを行います。 (身体介護・乗降介助は受けられません)

4 利用料、その他の費用の額

(1) 訪問介護予防の利用料

ア 基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は、原則として基本利用料の1割又は2割の額です。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負担となります。

※地域区分別1単位当たりの単価 10.7円 (5級地)

[※令和6年12月1日現在]

サービスの種類		利用頻度	対象者	利用者負担
訪問型サービス	介護予防相当サービス	週1回程度	要支援1. 2	1,176円/月
		週2回程度	要支援1. 2	2,349円/月
		週2回以上	要支援2	3,727円/月
	基準緩和サービス		要支援1. 2	225円/回

※ 利用者の心身の状況等により、1人の訪問介護員によるサービス提供が困難であると認められる場合で、利用者の同意を得て、2人の訪問介護員によるサービス提供を行った場合、基本利用料の2倍の料金となります。

※ 1回当たりの所要時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、訪問介護計画に明示された標準の所要時間によるものとします。

イ 加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

※地域区分別1単位当たりの単価 10.7円 (5級地)

①サービスの実施による加算

加算の種類	要件	利用料	利用者負担額	
			1割	2割
夜間・早朝加算	夜間（18時～22時）、早朝（6時～8時）にサービスを提供した場合	1回につき 基本利用料の25%		
深夜加算	深夜（22時～翌朝6時）にサービスを提供した場合	1回につき 基本利用料の50%		
緊急時訪問介護加算	利用者や家族等からの要請を受け、緊急に身体介護サービスを行った場合	1回につき 1,042円	104円	208円
初回加算	新規に訪問介護計画を作成した利用者に、サービス提供責任者が自ら訪問介護を行うか他の訪問介護員に同行した場合	1月につき 2,084円	208円	425円
生活機能向上連携加算	訪問リハビリテーションの理学療法士等とサービス提供責任者が共同して訪問介護計画を作成した場合（初回の訪問介護から3か月間を限度）	1月につき 1,042円	104円	208円

(3) 交通費

通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、訪問介護員が訪問するための交通費の実費をご負担していただきます。

なお、自動車を使用した場合は、通常の事業の実施地域を越えた地点から、1km当たり70円 5km以上350円を請求します。

(4) キャンセル料

サービスの利用を中止した場合には、次のとおりキャンセル料をいただきます。

ただし、利用者の容態の急変や急な入院等、緊急やむを得ない事情がある場合は請求しません。なお、サービスの利用を中止する場合には、至急、御連絡ください。

御利用の24時間前までに御連絡いただいた場合	無料
御利用の12時間前までに御連絡いただいた場合	当該基本料金の50%の額
御利用の12時間前までに御連絡がなかった場合	当該基本料金の100%の額

(5) その他

- ① 利用者の居宅でサービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用は利用者のご負担となります。
- ② 通院、外出介助での訪問介護員の公共交通機関等の交通費は、実費相当を請求します。

5 利用者負担額、その他の費用の請求及び支払方法

(1) 請求方法

- ① 利用者負担額、その他の費用は利用月ごとの合計金額により請求します。
- ② 請求書は、利用月の翌月15日までに利用者あてにお届けします。

(2) 支払い方法等

- ① 請求月の27日までに、下記のいずれかの方法でお支払いください。
 - ・現金払い
 - ・事業者が指定する口座への振り込み
 - ・利用者が指定する口座からの自動振替
- ② お支払いを確認しましたら、領収証をお渡ししますので、必ず保管してください（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。）。

6 秘密の保持

- (1) 従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- (2) 利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。
- (3) 利用者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治の医師	医療機関の名称	
	氏 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	

緊急連絡先 (家族等)	氏 名	
	電 話 番 号	

8 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社
保険名	福祉事業者総合賠償責任保険

9 サービス提供に関する相談、苦情

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア サービス提供に関する相談及び苦情を受けるための窓口を設置します。

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

(2) 苦情相談窓口

担 当	管理者 印南 香織
電話番号	048-235-3461
受付時間	午前9時から午後6時まで
受 付 日	月曜日から金曜日まで (上記以外はFAX, E-mailで受け付け可能)

市町村及び国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口等に苦情を伝えることができます。

川口市役所 福祉部長寿支援課	048-259-7652	月曜～金曜 9:00～17:00 土日祝日年末年始除く
埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係	048-824-2568 (苦情相談専用)	月曜～金曜 9:00～17:00 土日祝日年末年始除く

10 サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) 訪問介護員はサービス提供の際、次の業務を行うことができません。

- ① 医療行為
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書の預かりなど、金銭に関する取扱い
- ③ 利用者以外の家族のためのサービス提供
- ④ 訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障がないもの（草むしり、花木の水やり、犬の散歩等）
- ⑤ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供（家具・電気器具等の移動等、大掃除等）

(2) 金品や飲食物の提供などはお断りいたします。

(3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早

めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

指定訪問介護の提供開始に当たり、利用者に対して、重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 埼玉県川口市上青木6-12-2
光ハイツ102号

法人名 合同会社 H.I

代表者名 印南 香織

説明者

所在地 埼玉県川口市上青木6-12-2
光ハイツ102号

事業所名 訪問介護事業所 くおら

氏 名 印

私は、事業者から重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

利用者 住所

氏名 印

(代理人) 住所

氏名 印