

# 重要事項説明書

(指定訪問介護 訪問介護ステーション柳光)

当施設は介護保険の指定を受けています  
奈良県指定 第2973500248号

当事業所はご契約者に対して指定訪問介護（以下「訪問介護等」という。）サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上、ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

## 〈目 次〉

1	事業者・・・・・・・・・・・・・・・・	12
2	事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・	12
3	事業実施地域及び営業時間・・・・・・・・	12
4	職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・	13
5	当事業所が提供するサービスと利用料金	13
6	緊急時の対応方法・・・・・・・・・・・・・・・・	16
7	サービス利用に関する留意事項	16
8	高齢者虐待の防止・・・・・・・・・・・・・・・・	17
9	苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・・・	18

## 1. 事業者

- |           |                    |
|-----------|--------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人太陽の村         |
| (2) 法人所在地 | 奈良県吉野郡吉野町大字柳1395番1 |
| (3) 電話番号  | 0746-35-9294       |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 辻村 洋子          |
| (5) 設立年月  | 平成23年4月1日          |

## 2. 事業所の概要

- |               |   |
|---------------|---|
| (1) 事業所の種類    | 指定訪問介護事業所（令和4年4月1日指定）<br>奈良県指定 第2973500248号                                 |
| (2) 事業の目的     | 事業者は、利用者に対して利用者が可能な限り、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に訪問介護等のサービスの提供を行う。 |
| (3) 事業所の名称    | 訪問介護ステーション柳光  |
| (4) 事業所の所在地   | 奈良県吉野郡吉野町大字柳1395番1  |
| (5) 電話番号      | 0746-35-9294  |
| (6) 事業所長（管理者） | 橋場 靖  |
| (7) 開設年月      | 令和4年4月1日  |

## 3. 事業実施地域及び営業時間

- |                  |  |
|------------------|--|
| (1) 通常の事業の実施区域   | 奈良県吉野郡吉野町全域<br>※その他の地域の方でもご希望の方は相談ください。  |
| (2) 営業日及び営業時間    | 営業日 月曜日～土曜日<br>受付時間 8時30分～17時30分<br>※但し、電話等により、22時までは連絡が可能な体制を取ります。<br>サービス提供日 月曜日～土曜日<br>サービス提供時間 7時30分～20時 |
| (3) 外部第三者評価の実施状況 | 第三者評価実施の有無 : 無   |

#### 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して訪問介護のサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

《主な職員の配置状況》

職種	職員数
1. 管理者	1名 常勤兼務
2. サービス提供責任者	1名以上
3. 訪問介護員等	2.5名以上（常勤換算）

- ① 職員の配置については、指定基準を遵守しています。
- ② 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務時間延時間数の総数を当事業における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。  
（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

#### 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して、以下のサービスを提供します。

##### （1）サービスの概要

- ① 身体介護：入浴、排せつ、食事、体位交換、更衣介助等ご利用者の身体に直接触れて行う支援
- ② 生活援助：調理、洗濯、掃除、買い物等日常生活に関わる支援

##### （2）利用料金

###### ◎身体介護

	単位数 (単位/回)	基本利用料 (円/回)	利用者負担 (円/回)		
			1割	2割	3割
所要時間 20分未満	163	1,630	163	326	489
所要時間 20分以上 30分未満	244	2,400	244	488	732
所要時間 30分以上 1時間未満	387	3,870	387	774	1,161
所要時間 1時間以上	567	5,670	567	1,134	1,701
所要時間 1時間を超える 30分毎	+82	+820	+82	+164	+246

◎生活援助

	単位数 (単位/回)	基本利用料 (円/回)	利用者負担 (円/回)		
			1割	2割	3割
所要時間 20 分以上 45 分未満	179	1,790	179	358	537
所要時間 45 分以上	220	2,200	220	440	660

◎身体介護に引き続き生活援助を行う場合

	単位数 (単位/回)	基本利用料 (円/回)	利用者負担 (円/回)		
			1割	2割	3割
所要時間 20 分以上 45 分未満	+65	+650	+65	+130	+195
所要時間 45 分以上 70 分未満	+130	+1,300	+130	+260	+390
所要時間 70 分以上	+195	+1,950	+195	+390	+585

※夜間（午後 6 時から 10 時）又は、早朝（午前 6 時から 8 時）にサービス提供を行った場合は、上記金額の 25.0%加算されます。

※深夜（午後 10 時から翌朝 6 時）にサービス提供を行った場合は、上記金額の 50.0%加算されます。

※ご利用者の心身の状況等により、一人の訪問介護員でのサービス提供が困難であると認められた場合で、ご利用者の同意を得て、二人の訪問介護員でサービス提供を行った場合、基本利用料金の 2 倍の料金となります。

※介護保険の利用者負担額については、市町村より発行される負担割合証に記載されており、割合にて計算させていただきます。

◎その他加算について

初回加算：200 単位/月

※初回利用時にサービス提供責任者がサービス提供を行った場合、又は他の訪問介護員に同行した場合に算定されます。

緊急時訪問介護加算：100 単位/回

※ご利用者又はそのご家族の要請に基づいて、ケアマネージャーと連携し、あらかじめ計画された予定以外のサービス提供を緊急に行った場合に算定されます。

特別地域加算：所定単位数の 15.0%を加算

※国に定められた振興山村の地域に所在する事業所が指定訪問介護のサービス提供を行った場合に算定されます。

中山間地域等提供加算：所定単位数の 5.0%を加算

※国に定められた中山間地域等に居住するご利用者に指定訪問介護のサービス提供

を行った場合に算定されます。

#### 認知症専門ケア加算Ⅰ：3単位／日

※認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上のご利用者が半数以上で、認知症介護実践リーダー研修修了者を配置し、専門的な認知症ケアを実施。従業員に対し認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的で開催した場合に算定されます。

#### 認知症専門ケア加算Ⅱ：4単位／日

※Ⅰの要件を満たし、かつ認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの研修計画作成・指導を実施した場合に算定されます。

#### 生活機能向上連携加算Ⅰ：100単位／月

※訪問リハビリや通所リハビリを行う事業所やリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士などのリハビリテーション専門職が、ご利用者の状態を確認したうえでアドバイスを行い、サービス提供責任者が計画書を作成（変更）した場合に算定されます。

#### 生活機能向上連携加算Ⅱ：200単位／月

※訪問リハビリや通所リハビリを行う事業所やリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士などのリハビリテーション専門職が、ご利用者の居宅を訪問する際に、サービス提供責任者が同行しご利用者の状態を確認し、生活機能向上を目的とした訪問計画を作成した場合に算定されます。

#### 特定事業所加算

※サービスの質の高い事業所を積極的に評価する観点から、人材の質や確保など介護職員の活動環境の整備、重度要介護者への対応などを行っている事業所に認められる加算です。

I：所定単位数の20.0%

II：所定単位数の10.0%

III：所定単位数の10.0%

IV：所定単位数の5.0%

V：所定単位数の3.0%

#### 介護職員等処遇改善加算

I：所定単位数の24.5%

II：所定単位数の22.4%

III：所定単位数の18.2%

IV：所定単位数の14.5%

◎介護保険の給付対象とならないサービスについては、利用料金の全額をご契約者にご負担いただきます。

◎介護保険給付の限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額をご契約者の負担となります。

◎サービス実施区域外にお住まいのご利用者様は、別途交通費として当事業所から片道15キロメートルを超えた地点から1キロメートルにつき20円をご負担いただきます。

### (3) 利用料金のお支払い方法

ご利用料金は1か月毎に計算し、翌月10日前後に請求いたしますので、末日までにお支払い下さい。

### (4) 利用の中止、変更、追加

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日、自宅に到着後、利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、体調不良等の正当な事由があり、やむを得ず連絡ができない場合は、この限りではありません。

①前日までに連絡があった場合、キャンセル料は無料。

②前日までに連絡がなく、当日ご自宅に到着後に中止の申し出があった場合はキャンセル料として基本料金の10%の料金をいただきます。

※サービス利用の変更・追加の申し出に対して、従業者の稼働状況により契約者の希望する時間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して調整します。

## 6. 緊急時の対応方法

ご利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医に連絡いたします。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送などの必要な措置をとります。又、事故発生時には、ご利用者のご家族、市町村に対して連絡を行うなどの必要な措置を行います。

## 7. サービス利用に関する留意事項

### (1) 訪問介護員について

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。

### (2) サービス提供について

※サービスは、「訪問介護計画」に基づいて行います。実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。

※サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。又、清拭タオルについては、ご利用者が準備するものとします。

### (3) サービス内容の変更

訪問時に、ご利用者の体調等の理由で「訪問介護計画」で予定されていたサービスの実施ができない場合には、ご利用者の同意を得て、サービスの内容を変更します。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

### (4) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、契約者に対する訪問介護サービスの提供にあたって、次の各号に該当する行為を行いません。

- ①医療行為
- ②契約者もしくはその家族等の金銭、預貯金通帳、証書等の預かり
- ③契約者もしくはその家族等からの金銭又は物品の授受
- ④契約者の家族等に対するサービスの提供
- ⑤飲酒・喫煙及び飲食
- ⑥契約者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑦その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

### (5) 契約者もしくはその家族等の禁止行為

契約者及びその家族等は、訪問介護員に対する次の行為は禁止します。

- ①ハラスメント行為
    - ・ 身体的暴力・・・叩く、蹴るなど身体的な力を使って危害を及ぼす行為
    - ・ 精神的暴力・・・怒鳴ったり、威圧的な態度で文句を言う、など個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つける行為
    - ・ セクシュアルハラスメント・・・意に沿わない性的な誘いかげや嫌がらせ行為
  - ②飲酒の強要
  - ③暴力行為
  - ④迷惑行為
  - ⑤身体及び財物の損傷、又は損壊
- ※契約者が酒酔いの状態の場合は、サービスの提供を行いません。

## 8. 高齢者虐待の防止

ご利用者などの人権擁護・虐待防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ①研修等を通じ、すべての職員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- ②個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ③職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整え、職員がご利用者などの権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

## 9. 苦情の受付について

### (1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

#### ○苦情受付窓口

訪問介護ステーション柳光 担当者 松本 真寿美

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8：30～17：30

TEL 0746-35-9294

### (2) 行政機関・その他の苦情受付機関

吉野町 長寿福祉課 奈良県吉野郡吉野町大字丹治130-1	TEL 0746-32-8856 受付時間 9：00～17：15
奈良県国民健康保険連合会 奈良県橿原市大久保302-1	TEL 0744-21-6811 受付時間 9：00～17：15
第三者委員 大北 雅祥 奈良県吉野郡大淀町土田507-307	
第三者委員 竹谷 康則 奈良県吉野郡吉野町大字峰寺7番地	



訪問介護等のサービスの提供の開始に際し、本書面に基に重要事項の書面を交付し、説明を行いました。

令和 年 月 日

指定訪問介護事業所  
訪問介護ステーション柳光

説明者 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、訪問介護等のサービス提供の開始に同意しました。

契約者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

保証人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※この重要事項説明書は、厚生省第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき作成したものです。