

訪問介護及び介護予防訪問介護

重要事項説明書

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社リベルケア
代 表 者 名	代表取締役 清原 達観
所在地・連絡先	(所在地) 愛知県名古屋市中村区名駅三丁目28番12号 (電 話) 052-856-5682

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	訪問介護リベル春日井
所在地・連絡先	(所在地) 愛知県春日井市穴橋町字山本1606番261 (電 話) 0568-84-1012 (F A X) 0568-84-1022
事業所番号	2372506176

(2) 事業所の職員体制

	職務内容	人員数
管理者	従業者及び業務の管理を一元的に行う。	1 名 (兼務可能)
サービス提出責任者	介護福祉士の資格を持つ者が、指定訪問介護利用の申し込 みに関わる調整を行い、訪問介護計画の作成並びに利用者へ の説明を行い、サービス内容の管理を行う。	1 名以上 (利用者 40 名につき 1 名)
訪問介護員	介護福祉士・実務研修修了者・初任者研修修了者・ヘルパー 1 級・ヘルパー 2 級の資格を持つ者が訪問介護計画に基づき、日常生活に必要な指定訪問介護サービスを提供する。	2.5 名以上 (常勤換算)

(3) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	春日井市
------------	------

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日・営業時間等

営業日	月曜日～金曜日
営業時間	8：30～17：30

※ 営業しない日：なし

サービス提供日	365日
サービス提供時間	24時間

3 サービスの内容

- 1) 身体介護 ① 食事介助 ② 入浴介助 ③ 排泄介助 ④ 清拭 ⑤ 体位変換
⑥ 身体整容 ⑦ 移動、移乗介助 ⑧ 外出介助 ⑨ その他必要な身体介護
- 2) 生活援助 ① 生活必需品の買物 ② 調理 ③ 住居の掃除、整理整頓 ④ 衣類洗濯、補修
⑤ その他必要な家事
- 3) その他サービス 介護相談

■ 訪問介護計画の作成及び評価等

担当のサービス提供責任者が、居宅サービス計画に基づき、利用者様の直面している課題等を把握し、利用者様の希望を踏まえて、訪問介護計画を作成します。

また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載して利用者様に説明のうえ交付します。

4 費用

介護保険の適用がある場合は、利用者様の負担割合（負担割合証に記載）に応じた負担額となります。

なお、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者様は1か月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。また、還付に必要なサービス提供証明書を発行します。

【料 金 表】

■訪問介護（地域区分 1 単位：10.42 円）

サービス内容		サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額 (1割)
身体介護	20分未満	163単位	1698円／日	170円／日
	20分以上 30分未満	244単位	2542円／日	254円／日
	30分以上 1時間未満	387単位	4032円／日	403円／日
	1 時間以上 ※ 所要時間 1 時間から 30 分を 増すごとに加算	567単位 ＋ 82単位	5908円／日	590円／日
生活援助	20分以上 45分未満	179単位	1865円／日	187円／日
	45分以上	220単位	2292円／日	229円／日

※ 身体介護中心の訪問介護を行った後に引き続き 20 分以上の生活援助中心の訪問介護を行ったときは、「身体介護」の料金にかかわらず、1 割負担額 261 円または 413 円に生活援助中心の訪問介護の所要時間が 25 分を増すごとに 69 円加算します。

■介護予防訪問介護（地域区分 1 単位：10.42 円）

サービス内容		サービス 単位	サービス 利用料金	利用者負担額 (1割)
介護予防訪問サービス 費（Ⅰ）	1 週間に 1 回程度の介護予防訪問サービスが必要とされた場合	1,176単位	12,253円／月	1,226円／月
介護予防訪問サービス 費（Ⅱ）	1 週間に 2 回程度の介護予防訪問サービスが必要とされた場合	2,349単位	24,476円／月	2,448円／月
介護予防訪問サービス 費（Ⅲ）	1 週間に 2 回程度を超える 介護予防訪問サービスが必要とされた場合（要支援 2 のみ）	3,727単位	38,835円／月	3,884円／月

■訪問介護及び介護予防訪問介護加算、減算項目

夜間（午後 6 時から午後 10 時）・ 早朝（午前 6 時から午前 8 時）の加算	上記の額に 1 回につき 25% 加算します。
深夜（午後 10 時から午前 6 時）の加算	上記の額に 1 回につき 50% 加算します。

加算項目	サービス 単位	サービス 利用料金	利用者負担額	内 容
初回加算	200単位	2084円／月	209円／月	初回利用時
緊急時訪問介護加算	100単位	1042円／回	104円／回	緊急要請時
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	月間の利用総単位数(基本報酬+各種加算・減算)×22.4%			

※ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者様の訪問介護サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

※ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者様の自己負担となりますのでご相談ください。

※ 利用者様の身体的理由若しくは暴力行為等の事情があり、かつ、利用者様又はそのご家族等の同意を得て、訪問介護員が2人で訪問する場合は、2人分の料金となります。

※減算項目 以下の要件を満たす場合、上記の基本料金から下記の額を算定します。

	減算の種類	減算の要件	減算額
介護予防訪問介護	同一建物減算 1	同一敷地内建物等の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者 20 人以上にサービスを行う場合	10%
訪問介護	同一建物減算 3	同一敷地内建物等の利用者の割合が 90/100 以上の場合	12%

■その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者様の負担となります。

■利用料等のお支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、27日までに口座振替若しくは下記口座に振り込んで下さい。入金確認後、領収証を発行します。

現金支払い等支払い方法については、ご相談ください。

名古屋銀行碧南支店
普通預金口座（口座番号 5000250）
口座名義 株）リベルケア 代表取締役 清原達観

5 事業所の特色等

（1）事業の目的

1. 事業所が実施する事業は、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に配慮して、身体介護その他の生活全般にわたる援助を行うものとする。又、介護予防については、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持、向上を目指すものとする。
2. 事業の実施に当たっては、必要時に必要な訪問介護の提供ができるよう努めるものとする。
3. 事業の実施に当たっては、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行い、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとする。
4. 事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。
5. 前4項のほか、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」

(平成11年3月31日厚生労働省令第37号)に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

(2) 運営方針

1. 指定訪問介護の提供に当たり、ステーションの職員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援します。
2. 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します。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) 苦情等相談窓口について

提供したサービス内容等について、相談や苦情を受け付けるための窓口を下表のとおり設置します。

当事業所 相談窓口	受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:30 連絡先 (電話) 0568-84-1012 (FAX) 0568-84-1022
春日井市役所 健康福祉部 介護・高齢福祉課	受付時間: 月曜日～金曜日(祝日を除く) 8:30～17:15 電話番号: 0568-85-6182
愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室 苦情調査係	受付時間: 月曜日～金曜日(祝日を除く) 8:30～17:15 電話番号: 052-971-4165

(2) 苦情処理の体制及び手順について

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。

- ① 苦情受付担当者は、利用者等からの苦情・要望等を随時受け付けることとし、もしも他の職員が入居者等から苦情・要望を受け付けた場合は、速やかに苦情受付担当者に申し伝えることとする。この際、苦情受付担当者は、速やかに利用者等に面談し、事実確認を行なうこととする。
- ② 苦情受付担当者は、利用者等からの苦情・要望等の受付に際し、別紙に記載し、その内容について苦情・要望の申出者に確認する。
- ③ 苦情受付担当者は、②にて記載し、申出人の確認を得た書類を苦情解決責任者に報告する。報告を受けた苦情解決責任者は、申出人と話し合いによる解決を図る。

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をするなどの必要な措置を講じます。

8 事故発生時等における対応方法

サービス提供中に事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、速やかに利用者様の緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等、市町村及び愛知県に連絡を行います。

9 個人情報の保護及び秘密の保持について

※ 事業所は、利用者及び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」及び厚生労働省が作成した「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ドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。

※ 事業所が得た利用者及びその家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。

10 サービス利用に当たっての留意事項

サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

また、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）及び被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。

11. 第三者により評価の実施状況

なし

当事業者はサービスの利用に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、訪問介護及び介護予防訪問介護のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

説明・交付年月日：令和 年 月 日

事業者	所在地	愛知県名古屋市中村区名駅三丁目 28 番 12 号
	事業者（法人）名	株式会社リベルケア
	事業所名	訪問介護リベル春日井
	代表者名	代表取締役 清原 達観

説明者 氏 名

私は、重要事項説明書に基づいてサービス内容等に係る重要事項の説明を受け、その内容に同意の上、本書面を受領しました。

同意年月日：令和 年 月 日

利用者本人	住 所
	氏 名

（署名・法定）代理人	住 所
	氏 名
	続 柄