

訪問介護 重要事項説明書

<令和7年5月現在>

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 | 訪問介護リベル福山 |
| 所在地・連絡先 | (所在地) 広島県福山市南蔵王町3丁目3-31 (電話) 084-961-4730 (FAX) 084-961-4731 |
| 事業所番号 | 3471510671 |

（2）事業所の職員体制

| 従業者の職種 | 人数 | 区分 | | | | 常勤換算後の 人数 | 職務の内容等 | | |
|-----------|----|----|-----|-----|-----|--------------|---|--|--|
| | | 常勤 | | 非常勤 | | | | | |
| | | 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 | | | | |
| 管理者 | 1 | | 1 | | | | 1 適切な指定訪問介護が行われるよう必要な管理を行う。 2 訪問介護計画書の作成に関し必要な指導及び管理を行う。 3 従業員に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。 | | |
| サービス提供責任者 | 2 | 2 | | | | | 1 訪問介護計画の作成、サービス提供体制の管理を行う。 2 サービス担当者会議等、利用者に必要なサービス内容の調整を行う | | |
| 訪問介護員 | 15 | | 15 | | | 13.4 | 1 訪問看護計画に基づき、指定訪問介護のサービスを提供する。 2 訪問介護の提供に当たっては、適切な技術をもって行う。 | | |

（3）通常の事業の実施地域

| | |
|------------|-----|
| 通常の事業の実施地域 | 福山市 |
|------------|-----|

※ 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 |

| | |
|----------|------|
| 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 その他必要な身体の介護
- 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、事業者に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円）

| サービス内容 | 介護保険 10 単位数 | 1割負担 | |
|--------|-------------------|----------|-----|
| | | 自己負担額（円） | |
| 身体介助 | 20分未満 | 163 | 163 |
| | 20分以上30分未満 | 244 | 244 |
| | 30分以上1時間未満 | 387 | 387 |
| | 1時間以上30分を増すごとに加算 | 567 | 567 |
| 生活援助 | 20分以上45分未満 | 179 | 179 |
| | 45分以上 | 220 | 220 |

※ 身体介護中心の訪問介護サービスを行った後、引き続いて20分以上の生活援助中心の訪問介護サービスを行う場合は、1回の訪問として合算され、合計の所要時間に応じた料金が適用されます。この場合、生活援助部分については25分を超えるごとに1割負担額で69円が加算されます（上限あり）。

※合計の所要時間に応じて、1割負担で261円または413円の基本料金に加算される形になります。

■訪問介護加算項目

| サービス内容・加算 | 単位数 | 自己負担額(円) |
|-----------|-----|----------|
| 初回加算 | 200 | 200 |
| 緊急時訪問介護加算 | 100 | 100 |

介護職員等処遇改善加算Ⅲ：月間の利用総単位数(基本報酬+各種加算・減算)×18.2%

- ※ 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も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 |
|----------------------------|---------------------------------------|-------------|
| 事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス提供減算 | 当事業所と同一建物に居住する一定数以上の利用者に対してサービス提供する場合 | 上記基本部分の 90% |

■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。

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 受付時間 月曜日～金曜日 8：30～17：30 連絡先 (電話) 084-961-4730 (FAX) 084-961-4731 |
| 福山市介護保険課 | 受付時間：月曜日～金曜日（祝日を除く） 8:30～17:15 電話番号：084-928-1166 |
| 広島県国民健康保険団体連合会 | 受付時間：月曜日～金曜日（祝日を除く） 8:30～17:15 電話番号：082-554-0783 |

(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・要望等を隨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・要望等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

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 訪問介護リベル福山

代表者名 代表取締役 清原 達觀

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