

# 訪問介護 重要事項説明書

リビングケア訪問介護ステーション厚木

株式会社リビングケア

## 訪問介護重要事項説明書

### 1 訪問介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社リビングケア・営利法人
代表者名	代表取締役 栗原 尚人
所在地・連絡先	〒243-0014 神奈川県厚木市旭町 1-29-12 金王ビルディング 3 F (電 話) 046-204-9827 (FAX) 046-205-0630

### 2 サービス提供する事業所の概要

#### (1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	リビングケア訪問介護ステーション厚木
所在地	〒243-0036 神奈川県厚木市長谷 1294-10
介護保険指定番号	訪問介護 (介護保険事業所番号 1472901899 )
サービスを提供する地域	厚木市、伊勢原市、海老名市、平塚市、座間市、小田原市、 南足柄市、綾瀬市、横須賀市

※ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

#### (2) 営業時間

月曜日～日曜日	8時30分～17時30分
---------	--------------

#### (3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	山本 康弘	1名	0名	1名
サービス提供責任者	稲田 有紀・加藤 真弓・木川 ひろみ (介護福祉士) 吉沢久美 (実務者研修)	2名	2名	4名
サービス従業者	介護福祉士・実務者研修修了者 ・初任者研修修了者・ヘルパー2級	0名	92名	92名

#### (4) サービス提供の時間帯

	早朝 6:00～8:00	通常時間帯 8:00～17:30	夜間 17:30～22:00	深夜 22:00～6:00
平日・土	○	○	○	○
日・祝日	△(要相談)	○	△(要相談)	△(要相談)

※ 時間帯・曜日により料金が異なります。

(5) 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

### 3 サービス内容

(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 等

(2) 生活援助

① 買物 ② 調理 ③ 掃除 ④ 洗濯 等

(3) その他サービス

① 介護相談 等

### 4 利用料金

(1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、利用料のうち各利用者様の負担割合に応じた額（1割又は2割又は3割）の支払いとなります。保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

【料金表】令和6年6月1日改定・特定事業所加算Ⅱ含む

(1回あたり・単位円)

身体介護	20分未満				20分以上30分未満			
	利用料	1割負担	2割負担	3割負担	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
	1,997	197	395	593	2,961	296	592	888
	30分以上1時間未満				1時間以上1時間30分未満			
	利用料	1割負担	2割負担	3割負担	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
	4,707	470	941	1,412	6,895	689	1,379	2,068

生活援助	20分以上45分未満				45分以上			
	利用料	1割負担	2割負担	3割負担	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
	2,176	217	435	652	2,674	267	534	802

種類	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
介護職員等処遇改善 加算Ⅰ	基本サービス費に各種 加算減算を加えた総単 位数の(245/1000)×地 域区分単価	利用料－{利用料×0.9 (1円未満切り捨て)} ＝1割負担	利用料－{利用料×0.8 (1円未満切り捨て)} ＝2割負担	利用料－{利用料×0.7 (1円未満切り捨て)} ＝3割負担

- ・料金の計算過程における端数処理により実際の請求額と異なる場合があります。
- ・基本料金に対して、早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）帯は25%増し、深夜（午後10時～午前6時）は50%増しとなります。
- ・上記料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様の居宅サービス計画（ケアプラン）により定められた目安の時間を基準とします。
- ・やむを得ない事情で、且つお客様の同意を得て、サービス従業者2人で訪問した場合は2人分の料金をいただきます。

- ・初回のサービス提供責任者のサービス（または同行）は、200 単位、利用料 2,210 円をいただきます。利用者様負担は 1 割負担の場合 221 円、2 割負担の場合 442 円、3 割負担の場合 663 円となります。
- ・利用者又はその家族等からの要請を受けて 24 時間以内に、計画的に訪問することとなっていない指定訪問介護を緊急に行った場合、1 回につき 100 単位、利用料 1,105 円をいただきます。利用者様負担は 1 割負担の場合 110 円、2 割負担の場合 221 円、3 割負担の場合 331 円となります。

#### （2）交通費

前記 2 の（1）のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

サービスを提供する地域以外にお住まいの方は、サービス従業者がお尋ねするための交通費の実費をいただきます。

#### （3）キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。（連絡先：TEL 046-204-9842）

① サービス利用日前日 17：00 までにご連絡をいただいた場合 無料

② サービス利用日前日の 17 時～当日にご連絡をいただいた場合、一律 500 円頂きます

#### （4）その他

① お客様の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、電話等の費用はお客様のご負担になります。

② 通院介助などで交通機関を利用した場合、サービス従業者の交通費はお客様のご負担になります。

③ 料金の支払方法

料金の支払方法は、毎月月末締めとし、翌月 15 日までに当月分の料金を請求いたしますので、20 日に指定の銀行口座より引落しまたは集金、指定の銀行口座振込みのいずれかとなります。

④ まれに交通事情によりサービス時間が多少前後することがございますがご了承ください。

⑤ サービス期間中当事業所のヘルパーが同行研修する場合がございますのでご了承ください。

⑥ お客さまのご希望に沿ってヘルパーを決めておりますが固定ヘルパーご希望の場合、必ずしもご希望に添えない場合がございます。やむを得ずヘルパーが変更する場合もございますのでご了承下さい。

⑦ 誠に恐縮ではございますが、お茶・お菓子などの心遣いはご遠慮下さい。

## 5 サービスの利用方法

#### （1）サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当ステーション職員がお伺いいたします。訪問介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

#### （2）サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の 1 週間前までに文書でお申し出ください。

② 当ステーションの都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了 1 ヶ月までに文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービス終了します）

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合

- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、要支援または非該当〔自立〕認定された場合

- ・お客様が亡くなられた場合

④ その他

- ・当ステーションが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・お客様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族の方などが、当ステーションや当ステーションのサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当ステーションにより文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

(3) 事故発生時の対応

利用者に対する指定訪問介護のサービス提供により事故が発生した場合は、区市町村、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行ないます。

6 当ステーションの訪問介護サービスの特徴など

事 項	有無	備 考
ホームヘルパーの変更の可否	有	変更を希望される方はお申し出ください
男性ヘルパーの有無	有	希望される方はお申し出ください
従業員への研修の実施	有	1ヶ月に1回研修があります
サービスマニュアルの作成	有	

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
主治医への連絡基準		

## 8 サービス内容に関する苦情

(1) 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。

リビングケア訪問 介護ステーション 厚木	所在地	〒243-0036 神奈川県厚木市長谷1294-10
	電話番号	046-204-9842
	FAX	046-204-9843
	担当	管理者 山本 康弘
	対応時間	8:30~17:30 (月曜日~土曜日)

(2) 次の機関においても、苦情申出等ができます。

神奈川県国民健康 保険団体連合会	所在地	〒220-0003 横浜市西区楠町2-7-1
	電話番号	045-329-3347
	対応時間	9:00~17:00(月曜日~金曜日)
厚木市 高齢者福祉部 高齢者福祉課	所在地	〒243-1511 神奈川県厚木市中町3丁目1-7番17号
	電話番号	0462-23-1511
	対応時間	8:30~17:00(月曜日~金曜日)
小田原市 福祉健康部 高齢介護課	所在地	〒250-8555 小田原市荻窪300
	電話番号	0465-33-1300
	対応時間	9:00~17:00(月曜日~金曜日)
綾瀬市 高齢福祉課	所在地	〒252-1192 綾瀬市早川550
	電話番号	0467-70-5636
	対応時間	9:00~17:00(月曜日~金曜日)
座間市 健康部 介護保険課	所在地	〒252-8566 座間市緑が丘1-1-1
	電話番号	046-252-7719
	対応時間	9:00~17:00(月曜日~金曜日)
南足柄市 高齢介護課	所在地	〒250-0192 南足柄市関本440
	電話番号	0465-73-8057
	対応時間	9:00~17:00(月曜日~金曜日)
伊勢原市 介護高齢課	所在地	〒259-1188 伊勢原市田中348
	電話番号	0463-94-4711
	対応時間	9:00~17:00(月曜日~金曜日)
平塚市 高齢福祉課	所在地	〒254-0041 神奈川県平塚市浅間町9番1号
	電話番号	0463-21-9622
	対応時間	8:30-17:15(月曜日~金曜日)

## 9 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	—
実施した評価機関の名称	—
評価結果の開示状況	—

## 個人情報の利用目的

### 【利用者様等への施設サービスの提供に必要な利用目的】

#### 〔事業所の内部での利用〕

- ・ 当事業所が利用者様等に提供する介護サービス・日常の医療
- ・ 介護保険事務
- ・ 利用者様に係る管理運営業務のうち、
  - ― サービス利用に関する管理
  - ― 会計・経理
  - ― サービス改善・安全確保・事故あるいは未然防止等の分析・報告
  - ― 利用者様への介護・医療サービスの向上

#### 〔他の事業者等への情報提供〕

- ・ 当事業所が利用者等に提供する介護サービス・日常の医療のうち、
  - ― 医療機関および他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
  - ― 利用者様の診療等にあたり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
  - ― 検体検査業務・調理業務の業務委託 その他の業務委託
  - ― 家族等への心身の状況説明
- ・ 介護保険のうち、
  - ― 保険事務の委託
  - ― 審査支払機関へのレセプトの提出
  - ― 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

### 【上記以外の利用目的】

#### 〔事業所の内部での利用〕

- ・ 当事業所の管理運営業務のうち、
  - ― 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
  - ― 当施設において行われる学生等の実習への協力
  - ― 満足度調査や業務改善のためのアンケート調査
  - ― 当施設において行われる事例研究

#### 〔他の事業者等への情報提供に係る利用〕

- ・ 特定の利用者様・関係者についての事例の学会、研究会等での報告は、氏名、生年月日住所等を消去することで匿名化する。匿名化が困難な場合は、本人の同意を得る。
- ・ 事業所の管理運営業務のうち
  - ― 外部監査機関へ

訪問介護サービスの重要事項説明書に基づいて、訪問介護サービスのサービス内容及び重要事項を説明し交付しました。

年 月 日

事業 者	住 所	神奈川県厚木市旭 1-29-12 金王ビルディング 3 F	
	事業者名	株式会社リビングケア	
	代表取締役	栗原 尚人	印
説 明 者	職 名	リビングケア訪問介護ステーション厚木	
	氏 名		印

訪問介護サービスの重要事項説明書に基づいて、訪問介護サービスのサービス内容及び重要事項の説明を受けその内容に同意し交付を受けました。

年 月 日

利 用 者	住 所	
	氏 名	印
ご家族（又は代理人）	住 所	
	氏 名	印

（続柄： ）