

## 訪問介護（介護予防）重要事項説明書

（令和4年4月 1日現在）

1. 当事業所が行う指定訪問介護（**介護予防・総合事業**）事業サービスの適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する重要事項を定め、事業所の介護福祉士又は訪問介護員研修の終了者（以下「訪問介護員等」という。）が要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問介護を提供することを目的とする。
2. 事業所の訪問介護員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。又は、事業の実施に当たっては、関係機関、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を運営方針とする。
3. 当事業所の職員体制

資 格		常 勤	非 常 勤	計
管 理 者		1 名		1 名
サービス提供責任者		1 名		1 名
事 務 職 員		名		名
従 事 者	介護福祉士	3 名	3 名	6 名
	養成講習 1～2 級終了者	名	名	名
	養成講習 3 級終了者	0 名		0 名
	その他			

#### 4. 営業日と休業日

曜 日	日曜	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
営業日と休業	×	○	○	○	○	○	○

※○は営業日 祭日は営業します。年末12月29～年始1月3日は休業日  
 ×は休業日  
 営業時間帯

	通常時間帯 8:30～17:30	早 朝 6:00～8:00	夜 間 18:00～22:00	深 夜 22:00～6:00
平 日	○	×	×	×
日曜日	×	×	×	×

※ 時間帯により料金が異なります。

5. 当事業所の指定訪問介護（**介護予防・総合支援**）は、指定居宅支援事業者または、利用者本人の作成した居宅サービス計画書に基づいて、次の掲げるもののうち必要と認められるサービスを行うものとする。

サービス内容「老計10号」

- (1) 身体介護
  - ・ 食事介助
  - ・ 排泄介助
  - ・ 体位変換
  - ・ 洗面介助
  - ・ おむつ交換

- ・ 入浴介助 ・ 全身清拭 ・ 移乗介助 ・ 更衣介助 ・ トイレ介助
  - ・ 口腔ケア ・ 座位保持 ・ 静容介助 ・ 自立支援の見守り
  - ・ 特別調理（糖尿病） ・ 外出介助 ・ 通院介助（付添い）等
- (2) 生活援助
- ・ 買い物 ・ 調理（普通食） ・ 配膳・下膳 ・ 洗濯・取り込み
  - ・ 衣類の改良・補修 ・ 布団干し ・ 薬の受取・整理・服薬の確認
  - ・ 居住清掃・ゴミ出し ・ 換気・室内調整 ・ シーツ交換
- 等

(3) 通院等乗降介助 1 回利用 99 単位 自己負担 125 円

(4) 介護予防・総合事業

介護予防訪問介護・訪問介護独自サービス（1 月につき）

訪問介型独自Ⅰ週 1 回程度 1 ヶ月の基準額 1176 単位 自己負担 1,478 円

訪問介型独自Ⅱ週 1 回程度 1 ヶ月の基準額 2349 単位 自己負担 2,952 円

(5) その他のサービス 福祉有償運送事業（保険外対応）別紙利用金表有

6. 利用料金

- (1) 平成 30 年度介護報酬改定に伴い介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金（料金表）の 1 割（平成 27 年 8 月 1 日より所得に応じて 2 割）の額になる場合もあります。ただし、介護保険の給付の範囲を越えたサービス利用は全額お客様の負担となります。

※料金設定は別紙にて提示いたします。

※上表の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、居宅サービス計画（ケアプラン）に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、かつ、お客様の同意を得て、2 人で訪問した場合は、2 人分の料金となります。（※厚生労働省で定める基準がある）

(2) 交通費

通常の実施地域へのサービス提供は無料です。

それ以外の地域へのサービスの提供の方は、当事業所の従業員がお伺いするため交通費の実費を頂戴します。

一 通常の実施地域を越えた地点から、1 キロにつき 200 円

(3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金を頂きます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡下さい。

ご利用の 24 時間前までに連絡いただいた場合	無料
ご利用の 12 時間前までに連絡いただいた場合	当該基本料金の 50%
ご利用の 12 時間前までに連絡いただかなかった場合	当該基本料金の 80%

(4) その他

(1) お客様のお住まいで、サービスを提供するために必要な、水道、ガス、電気等の費用はお客様のご負担になります。

(2) 料金のお支払方法

毎月、10 日までに前月分の請求をいたしますので、当月以内にお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行します。

お支払方法は、現金集金、銀行振込、口座自動引き落としの 3 通りの中からご契約の際にお選び下さい。

7. サービスの利用方法及び契約更新

(1) サービスの利用開始

まず、お電話等でお申し込み下さい。当社職員がお伺いいたします。

サービスの提供の依頼を受けた後、契約を結び、訪問介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援



(1) 訪問介護の提供により発生した場合は、市役所、利用者の家族、当該利用者に居宅介護支援事業者等に連絡と記録を行い必要な措置をこうじます。

市役所：福祉部介護保険課 連絡先電話 042-620-7442

(2) 訪問介護の提供により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う。

12. 秘密保持とプライバシーの保護

当事業所の職員は、正当な理由がなく、苦情の対応上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らさないよう、必要な措置をこうじます。

個人情報使用同意書により、あらかじめ文書により説明と同意を得る。

14. 関係機関等連携

事業者は、訪問介護の提供にあたり、介護支援専門員および保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

15. 当社の概要

名称・法人種別 特定非営利活動法人ケアセンター八王子

代表者役職・氏名 理事長 堂 田 レ イ 子

本社所在地 東京都八王子市散田町4-24-15

電話 042-669-5733

定款の目的に定めた事業

- (1) 介護保険法による指定居宅介護支援事業
- (2) 高齢者及び障害者等の訪問看護事業
- (3) 通所介護事業
- (4) 福祉有償運送事業 (4条許可) (78条3号許可)
- (5) ボランティア派遣による生活援助及び外出支援事業
- (6) ボランティア派遣による介護予防・安否確認見守り支援事業
- (7) ボランティア介護支援員等の相談・育成・紹介事業
- (8) 福祉を目的とする団体等との情報交換のためのネットワーク事業
- (9) 福祉に関する講習会、セミナー、シンポジウムの開催・講師派遣等の事業
- (10) 福祉に関する情報収集等の研究成果を踏まえた施策の企画・提案・啓発事業

16. その他

令和 年 月 日

訪問介護の提供開始にあたり、契約書および本書面に基づいて重要な事項の説明を行いました。

指定介護事業所 事業所番号 1372903094

所在地 東京都八王子市散田町4-24-15

名称 特定非営利活動法人ケアセンター八王子

事業所 ケアセンター 太陽

説明者 所属 サービス責任者

氏名 堂 田 レ イ 子 印

私は、契約書および本書面により、事業者から訪問介護（介護予防・総合事業）についての重要事項の説明を受け同意いたしました。

令和 年 月 日

利用者  
住所

氏名 印

ご家族  
住所

氏名 印