

# 重要事項説明書

## 訪問介護・訪問型独自サービス

### 1. 事業の目的

事業対象者又は要支援、要介護状態にある利用者様が、その有する能力に応じて、可能な限りその居宅において自立した生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、サービスを提供することを目的とします。

### 2. 事業所経営法人

法人名	有限会社あおば
住所	茨城県日立市金沢町一丁目10番10号
電話番号	TEL 0294-28-5233 FAX 0294-28-5234
代表者氏名	代表取締役 大竹千秋
設立年月	平成17年3月17日

### 3. 事業所の概要

事業所名	あおばケアサービス
住所	茨城県日立市金沢町一丁目10番10号
電話番号	TEL 0294-28-5233 FAX 0294-28-5234
指定年月・番号	○指定訪問介護 平成17年6月1日 第0870200946号 ○指定訪問型独自サービス 平成27年4月1日 第0870200946号
サービス提供地域	日立市 常陸太田市 那珂郡東海村 高萩市

### 4. その他の事業

指定年月・番号	○指定居宅介護（障害福祉サービス） 平成19年12月1日指定 第0810200352 ○移動支援事業 平成20年7月30日指定 第49号
---------	---

### 5. 職員体制

管理者	1名
サービス提供責任者	3名以上
訪問介護員（ホームヘルパー）	3名以上

## 6. 営業日・営業時間

営業日	月曜日から金曜日
営業時間	午前9時00分～午後6時00分
サービス提供時間	午前8時00分～午後8時00分
休業日	土曜・日曜・祝日 8/13～8/14 12/29～1/3
備考	休業日・時間外も希望により営業

## 7. サービス内容 \*介護保険法で定めるサービス内容に限られます。

### 身体介護

- ①食事介助：食事の介助を行います。
- ②入浴介助：入浴の介助を行います。
- ③排泄介助：排泄の介助・おむつ交換を行います。
- ④体位変換：体位交換を行います。
- ⑤清拭：入浴困難なお客様を対象に、身体を拭きます。
- ⑥移動介助：通院及び外出の介助等を行います。
- ⑦整容介助：身支度を整える介助を行います。
- ⑧起床及び就寝介助：就寝及び起床のための準備、介助を行います。
- ⑨自立生活支援のための見守りの援助：安全を確保しつつ常時介助できる状態で声かけや見守りを行います。

### 生活援助

- ①調理：利用者様の食事を用意します。
- ②洗濯：利用者様の衣類を洗濯します。
- ③掃除：利用者様の居室を掃除します。
- ④買物：利用者様の日常生活必需品の買物を行います。
- ⑤その他：利用者様の衣類・寝具の交換、布団干し、薬もらい、診察券出し等を行います。

- ・サービスは利用者様を対象としたものに限られ、上記の生活援助の場合、利用者様以外の食事の調理、衣類の洗濯、買物、利用者様の居室及びトイレ・台所等以外の掃除は対象外とさせていただきます。
- ・調理の中でも刻み食やミキサー食、糖尿食などの特別食は介護保険のサービス区分上、身体介護として扱われます。
- ・サービス実施中、実費でかかる費用に関しては利用者様の負担となります。
- ・サービス提供上必要な場合を除き、利用者様の現金をお預かりすることは御座いません。
- ・利用者様の預金通帳、キャッシュカード、健康保険証、印鑑、その他有価証券等をお預かりすることは一切ございません。保管場所をお聞きすることもございません。

## 8. サービス従業者

- ①サービス従業者とは、利用者様にサービスを提供する あおばケアサービスの職員であり、訪問介護員（介護福祉士、訪問介護養成研修1～2級課程修了、看護師等）、サービス提供責任者が該当します。
- ②利用者様を担当させていただきます訪問介護員はあおばケアサービスが選任させていただきます。利用者様からの指名は出来ません。訪問介護員の変更を希望される場合は変更希望理由を明らかにし事業所までご連絡下さい。
- ③利用者様からの変更希望による変更も含め、訪問介護員の変更により利用者様及びそのご家族等の介護者に対して、サービス利用に関する不利益が生じないよう十分配慮致します。

## 9. 利用料金

下記の料金表によって、利用者様のサービス内容に応じた利用者負担をお支払下さい。「利用者負担」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割、2割又は3割の額です。ただし、介護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。

### 訪問型サービス（独自） \*事業対象者 要支援1・2の方

単位：円

サービス名称	サービスの内容	基本利用料	利用者負担 1割	利用者負担 2割	利用者負担 3割
訪問型独自サービス 1 1	1週に1回程度の場合	15,664/月	1,567/月	3,133/月	4,700/月
訪問型独自サービス 1 1日割	1週に1回程度の場合 日割の場合	524/日	53/日	105/日	158/日
訪問型独自サービス 1 2	1週に2回程度の場合	31,297/月	3,130/月	6,260/月	9,390/月
訪問型独自サービス 1 2日割	1週に2回程度の場合 日割の場合	1,027/日	103/日	206/日	309/日
訪問型独自サービス 1 3	1週に2回を超える程度の場合	49,648/月	4,965/月	9,930/月	14,895/月
訪問型独自サービス 1 3日割	1週に2回を超える程度の場合 日割の場合	1,637/日	164/日	328/日	492/日
訪問型独自サービス 2 1	標準的な内容の指定相当 訪問型サービスである場合	3,819/回	382/回	764/回	1,146/回
訪問型独自サービス 2 2	1月当たりの回数 生活援助が中心である場合 20分以上45分未満の場合	2,386/回	239/回	478/回	716/回
訪問型独自サービス 2 3	生活援助が中心である場合 45分以上の場合	2,931/回	294/回	587/回	880/回
訪問型独自短時間サービス	短時間の身体介護が中心である場合	2,172/回	218/回	435/回	652/回

\*地域区分単価（5級地 10.70円）・訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ（所定単位数に24.5%の加算）を含んだ金額です。

\*上記の金額はあくまで目安ですので、実際の料金と異なる場合がございます。

\*ケアプランにおいて、具体的な実施日、1回あたりの時間数や実施内容等を定めます。ただし、利用者様の状態の変化、ケアプランに位置づけられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

[日割り計算を行う場合]

- ① 月の途中で要介護から要支援又は事業対象者に変更となった場合
- ② 月の途中で要支援又は事業対象者から要介護に変更になった場合
- ③ 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

単位：円

加算の種類	加算の要件	基本 利用料	利用者負担 1割	利用者負担 2割	利用者負担 3割
訪問型独自サービス 初回加算	初回訪問時にサービス提供責任者が訪問又は同行訪問を行った場合に加算されます。	2,664	267	533	800
訪問型独自 サービス 処遇改善加算 I	処遇改善加算は介護職員の処遇を改善するために賃金加算や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。 介護処遇改善加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。	所定単位数 に 24.5%の 加算	左記の 1割	左記の 2割	左記の 3割
訪問型 独自サービス 生活機能 向上連携加算 (I)	サービス提供責任者が指定介護予防訪問リハビリテーション若しくは指定介護予防通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のもの又は当該病院を中心とした半径4キロメートル以内に診療所が存在しないものに限る）の医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士からの助言に基づき、生活機能の向上を目的とした基準型訪問介護計画を作成し、当該計画に基づく訪問介護を行ったときは、初回の当該指定基準型訪問介護が行われた日に属する月に、1月につき所定単位数を加算されます。	1,337	134	268	402
訪問型 独自サービス 生活機能 向上連携加算 (II)	指定介護予防訪問リハビリテーション若しくは指定介護予防通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が、リハビリテーション等の一環として当該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する等により、利用者の身体状況等の評価を共同して行い、かつ、生活機能の向上を目的とした基準型訪問介護計画を作成した場合であって、医師等と連携し、当該基準型訪問介護計画に基づく訪問介護を行ったときは、初回の当該訪問介護が行われた日の属する月以降3月の間、1月につき所定単位数を加算されます。但し、(I)を算定している場合は算定しません。	2,664	267	533	800

\* 地域区分単価（5級地 10.70 円）・訪問型独自サービス処遇改善加算 I（所定単位数に 24.5%の加算）を含んだ金額です。

\* 上記の金額はあくまで目安ですので、実際の料金と異なる場合がございます。

訪問介護サービス \*要介護1・2・3・4・5の方

単位：円

サービス名称	サービスの内容	基本利用料	利用者負担 1割	利用者負担 2割	利用者負担 3割
身体介護 01・Ⅱ	20分未満の身体介護	2,386	<b>239</b>	<b>478</b>	<b>716</b>
身体介護 1・Ⅱ	20分以上 30分未満の身体介護	3,573	<b>358</b>	<b>715</b>	<b>1,072</b>
身体介護 2・Ⅱ	30分以上 1時間未満の身体介護	5,671	<b>568</b>	<b>1,135</b>	<b>1,702</b>
身体介護 3・Ⅱ	1時間以上 1時間30分未満の身体介護	8,313	<b>832</b>	<b>1,663</b>	<b>2,494</b>
生活援助 2・Ⅱ	20分以上 45分未満の生活援助	2,621	<b>263</b>	<b>525</b>	<b>787</b>
生活援助 3・Ⅱ	45分以上の生活援助	3,220	<b>322</b>	<b>644</b>	<b>966</b>
身体1生活1・Ⅱ	20分以上30分未満の身体介護 20分以上45分未満の生活援助	4,526	<b>453</b>	<b>906</b>	<b>1,358</b>
身体1生活2・Ⅱ	20分以上30分未満の身体介護 45分以上70分未満の生活援助	5,478	<b>548</b>	<b>1,096</b>	<b>1,644</b>
身体1生活3・Ⅱ	20分以上30分未満の身体介護 生活70分以上の生活援助	6,430	<b>643</b>	<b>1,286</b>	<b>1,929</b>
身体2生活1・Ⅱ	30分以上1時間未満の身体介護 20分以上45分未満の生活援助	6,623	<b>663</b>	<b>1,325</b>	<b>1,987</b>
身体2生活2・Ⅱ	30分以上1時間未満の身体介護 45分以上70分未満の生活援助	7,575	<b>758</b>	<b>1,515</b>	<b>2,273</b>

\* 特定事業所加算Ⅱ（所定単位数に10%の加算）・地域区分単価（5級地10.70円）・訪問介護処遇改善加算Ⅰ（所定単位数に24.5%の加算）を含んだ金額です。

\* 上記の金額はあくまで目安ですので、実際の料金と異なる場合がございます。

\* 2名の訪問介護員によるサービス提供が必要であると判断される場合には利用者様の同意を得た上で通常料金の2倍の料金をいただきます。

\* 上記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、ご利用者様のケアプランに定められた目安の時間を基準とします。

単位：円

加算の種類	加算の要件	基本 利用料	利用者負担 1割	利用者負担 2割	利用者負担 3割
訪問介護 初回加算	初回訪問時にサービス提供責任者が訪問又は同行訪問を行った場合に加算されます。	2,664	267	533	800
訪問介護 処遇改善加算Ⅰ	処遇改善加算等は介護職員の処遇を改善するために賃金加算や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護処遇改善加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。	所定単位数に 24.5%の 加算	左記の 1割	左記の 2割	左記の 3割
特定事業所 加算Ⅱ	特定事業所加算は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、人材の質の確保や介護職員の活動環境の整備などを行っている事業所に認められる加算です。	所定単位数に 10%の加算	左記の 1割	左記の 2割	左記の 3割
早朝加算	午前6時から午前8時の時間帯にサービスを提供した場合に加算されます。	所定単位数に 25%の加算	左記の 1割	左記の 2割	左記の 3割
夜間加算	午後6時から午後10時の時間帯にサービスを提供した場合に加算されます。	所定単位数に 25%の加算	左記の 1割	左記の 2割	左記の 3割
深夜加算	午後10時から午前6時の時間帯にサービスを提供した場合に加算されます。	所定単位数に 50%の加算	左記の 1割	左記の 2割	左記の 3割
緊急時 訪問介護加算	居宅サービス計画以外に緊急に訪問した場合に加算されます。	1,337	134	268	402
訪問介護 生活機能 向上 連携加算 (Ⅰ)	訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成（変更）した場合であって、理学療法士等と連携して訪問介護を行ったときに、3月の間加算されます。 （当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこととします。）	1,337	134	268	402
訪問介護 生活機能 向上 連携加算 (Ⅱ)	サービス提供責任者が訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師に同行し、共同して行ったアセスメント結果に基づき計画書を作成した場合であって、理学療法士等と連携して訪問介護を行ったときに、3月の間加算されます。	2,664	267	533	800

\* 地域区分単価（5級地 10.70 円）・訪問介護処遇改善加算Ⅰ（所定単位数に 24.5%の加算）を含んだ金額です。

\* 上記の金額はあくまで目安ですので、実際の料金と異なる場合がございます。

## 10. 交通費

交通費は第3項に記載されているサービス提供地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域にお住まいの方は下記の交通費を往復距離について負担していただくことになります。

移動手段	車
公共交通機関	実費
負担していただく交通費	1キロメートル毎に50円

・交通費の支払いに関しては、事前に文書で説明し支払いに同意する旨の文書に署名（記入押印）をして頂いた上で、徴収させていただきます。

## 11. キャンセル料

サービスの利用をキャンセルされる場合、下記のとおりキャンセル料を請求させていただきます。

キャンセル料	
○事前にご連絡頂いた場合	<u>キャンセル料は不要です。</u>
○ヘルパーが訪問してキャンセルになった場合	<u>500円</u>

・利用者様の急変など緊急且つやむを得ない場合はいたしません。  
・訪問型サービス（独自）で月額の方は、キャンセル料はございません。

## 12. その他

### ①サービス提供に関わる水道光熱費等

ご利用者様の居宅でサービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気などの費用はご利用者様のご負担となります。

### ②支払方法

前月のサービスの利用分につき利用者様負担金を、あおばケアサービスが定める翌月の期日までにお支払いいただきます。お支払い方法は、現金又は銀行振り込みとさせていただきます。

(居宅サービス計画を作成していないなど「償還払い」の取り扱いについては一旦利用者様に基本料金をお支払いいただき、その後市区町村に対して保険給付分を請求していただくことになります。)

## 13. 相談窓口及び苦情受付

相談・苦情受付担当者	管理者 大竹成子
電話番号	0294-28-5233
受付時間	毎週 月曜～金曜日 9:00～17:00

・行政機関その他苦情受付機関

日立市役所 介護保険担当課	所在地 茨城県日立市助川町1-1-1 電話番号 0294-22-3111 (代) 受付時間 9:00~16:00
国民健康保険 団体連合会	所在地 茨城県水戸市笠原町978番26 茨城県市町村会内 電話番号 029-301-1567 FAX 029-301-1580 受付時間 9:00~16:00
常陸太田市役所 福祉事務所高齢福祉課	所在地 茨城県常陸太田市金井町3690 電話番号 0294-72-3111 (代) 受付時間 9:00~16:00
東海村役場 介護保険課	所在地 茨城県那珂郡東海村東海三丁目7番1号 電話番号 029-282-1711 受付時間 9:00~16:00
高萩市役所 介護保険課	所在地 茨城県高萩市本町1-100-1 電話番号 0293-23-1111 受付時間 9:00~16:00

14. 緊急時及び事故発生時の連絡先

緊急時及び事故発生時の連絡先（主治医・ご親族等）は、予め担当のサービス従業者により確認させていただきます。サービス提供中に利用者様の急変等があった場合には、当該の連絡先及び居宅介護支援事業所等へ連絡します。

15. 介護保険法の改正

国が定める介護給付費（介護報酬）の改定があった場合、あおばケアサービスの料金体系は、国が定める介護給付費（介護報酬）に準拠するものとします。

19. 第三者評価の実施状況

1 あり	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	1 あり 2 なし
2 なし		

年 月 日

利用者様へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要な事項を説明しました。

【事業所】 所在地 〒316-0015  
茨城県日立市金沢町一丁目10番10号  
法人名 有限会社 あおば  
代表取締役 大竹千秋 (印)  
事業所名 あおばケアサービス  
担当者 (印)

私は、事業者より上記の重要な事項の説明を受けました。

【利用者様】 住 所

氏 名

(印)

電話番号

かかりつけ医

【緊急連絡先】 住所

氏 名

( 続柄 )

(印)

電話番号

【立会人又は代理人】 1. 立会人 2. 代理人 該当する番号に○をつける

住 所

氏 名

(印)

電話番号