

# 指定介護予防訪問介護相当サービス重要事項説明書

[ 年 月 日 現在]

## 1 事業者（法人）の概要

|            |                      |
|------------|----------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 株式会社 REWALK          |
| 代表者役職・氏名   | 代表取締役 今井 正義          |
| 本社所在地・電話番号 | 群馬県藤岡市・080-4626-1371 |
| 法人設立年月日    | 令和5年3月13日            |

## 2 サービスを提供する事業所の概要

### （1）事業所の名称等

|            |                              |
|------------|------------------------------|
| 名称         | 訪問介護ステーション REWALK            |
| 事業所番号      | 訪問介護<br>(指定事業所番号 1070901663) |
| 所在地        | 〒375-0024 群馬県藤岡市藤岡 849 番地    |
| 電話番号       | 080-4626-1371                |
| FAX番号      | 0274-22-4401                 |
| 通常の事業の実施地域 | 藤岡市                          |

### （2）事業所の窓口の営業日及び営業時間

|      |               |
|------|---------------|
| 営業日  | 月曜日から日曜日      |
| 営業時間 | 午前8時から午後18時まで |

### （3）事業所の勤務体制

| 職種        | 業務内容                                                 | 人数     |
|-----------|------------------------------------------------------|--------|
| 管理者       | 事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、自らも指定訪問介護の提供に当たる        | 1名     |
| サービス提供責任者 | 訪問介護計画の作成、利用の申込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導等のサービスの内容の管理に当たる | 1名以上   |
| 訪問介護員等    | 指定訪問介護事業の提供に当たる。                                     | 2.5名以上 |

### 3 サービス内容

|      |                                                                                                                                                                    |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 身体介護 | 利用者の身体に直接接触して介助するサービス、利用者のAD L・IAD L・QOLや意欲の向上のための利用者と共に行う 自立支援・重度化防止のためのサービス、その他専門的知識・技術をもって行う利用者の日常生活上・社会生活上のためのサービスを行います。（排泄介助、食事介助、清拭、入浴介助、体位変換、服薬介助、通院・外出介助等） |
| 生活援助 | 家事を行うことが困難な場合に、利用者に対して、家事の援助を行います。（調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受け取り、衣類の整理）                                                                                                      |

### 4 利用料、その他の費用の額

#### （１） 訪問介護の利用料

##### ア 基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は、原則として基本利用料に対して介護保険負担割合証に記載の割合（１～３割）に応じた額です。

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負担となります。

※地域区分別１単位当たりの単価 10.00 円（その他）：藤岡市

| 要支援又はサービス事業対象者の場合                 |                                     |   |          |   |          |   |          |   |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---|----------|---|----------|---|----------|---|
| 所要時間                              | 基本利用料                               |   | 自己負担 1 割 |   | 自己負担 2 割 |   | 自己負担 3 割 |   |
| 訪問型サービス<br>(独自)Ⅰ<br>(週 1 回程度の利用)  | 11760                               | 円 | 1176     | 円 | 2352     | 円 | 3528     | 円 |
| 訪問型サービス<br>(独自)Ⅱ<br>(週 2 回程度の利用)  | 23490                               | 円 | 2349     | 円 | 4698     | 円 | 7047     | 円 |
| 訪問型サービス<br>(独自)Ⅲ<br>(週 2 回を超える利用) | 37270                               | 円 | 3727     | 円 | 7454     | 円 | 11181    | 円 |
| 上記利用料金に加算される金額                    |                                     |   |          |   |          |   |          |   |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱロ                     | 上記、基本利用料に 2 6.6 %を乗じた金額             |   |          |   |          |   |          |   |
| その他の加算される金額                       |                                     |   |          |   |          |   |          |   |
| 初回加算                              | ひと月につき + 2 0 0 円（自己負担 1 割の方）を加算します。 |   |          |   |          |   |          |   |

#### （２） 交通費

通常の事業の実施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、訪問介護員が訪問するための交通費の実費をご

負担していただきます。

なお、自動車を使用した場合は、通常の事業の実施地域を越えた地点から、1キロメートル当た30円を請求します。

(3) その他

ア 利用者の居宅でサービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用は利用者のご負担となります。

イ 通院、外出介助での訪問介護員の公共交通機関等の交通費は、実費相当を請求します。

## 5 利用者負担額、その他の費用の請求及び支払方法

(1) 請求方法

ア 利用者負担額、その他の費用は利用月ごとの合計金額により請求します。

イ 請求書は、利用月の翌月10日までに利用者あてにお届けします。

(2) 支払い方法等

ア 請求月の20日までに、下記のいずれかの方法でお支払いください。

・現金払い

イ お支払いを確認しましたら、領収証をお渡ししますので、必ず保管してください  
(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。)

## 6 秘密の保持

(1) 従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

(2) 利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。

(3) 利用者又は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」及び厚生労働省が策定した「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ダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

## 7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

|                |         |  |
|----------------|---------|--|
| 主治の医師          | 医療機関の名称 |  |
|                | 氏 名     |  |
|                | 所 在 地   |  |
|                | 電話番号    |  |
| 緊急連絡先<br>(家族等) | 氏 名     |  |
|                | 電話番号    |  |

## 8 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名：東京海上日動火災保険会社

保 険 名 ：総合保証制度

## 9 サービス提供に関する相談、苦情

### (1) 苦情処理の体制及び手順

ア サービス提供に関する相談及び苦情を受けるための窓口を設置します。

イ 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 苦情があった場合は、直ちに相談担当者が本人または家族に連絡を取り、詳しく担当の職員からも事情を確認する。
- ② 苦情内容については管理者に報告するとともに、相談担当者が必要があると判断した場合は、事業所の職員全員で検討会議を行う。
- ③ 検討の結果等を踏まえて、必ず翌日までに具体的な対応をする。
- ④ 記録を台帳（パソコンのデータベース）に保管し、再発防止と今後の改善に役立てる。

### (2) 苦情相談窓口

|        |                           |
|--------|---------------------------|
| 相談担当者  | 管理者 今井 正義                 |
| 電話番号   | 0 8 0 - 4 6 2 6 - 1 3 7 1 |
| FAX 番号 | 0 2 7 4 - 2 2 - 4 4 0 1   |
| 受付時間   | 午前 8 時から午後 1 8 時まで        |
| 受付日    | 月曜日から日曜日まで                |

市町村及び国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口等に苦情を伝えることができます。

|                |                         |
|----------------|-------------------------|
| 藤岡市 介護保険課      | 0 2 7 4 - 4 0 - 2 2 9 2 |
| 群馬県国民健康保険団体連合会 | 0 2 7 - 2 9 0 - 1 3 2 3 |

(土・日曜日、祝日を除く)

## 1 0 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無 有 無

|         |  |
|---------|--|
| 直近の実施日  |  |
| 評価機関名称  |  |
| 評価結果の開示 |  |

## 1 1 サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1)訪問介護員はサービス提供の際、次の業務を行うことができません。

ア 医療行為

イ 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書の預かりなど、金銭に関する取扱い

ウ 利用者以外の家族のためのサービス提供

エ 日常生活を営むのに支障がないもの（草むしり、花木の水やり、犬の散歩等）

オ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供

(家具・電気器具等の移動等、大 掃除等)

(2)金品や飲食物の提供などはお断りいたします。

(3)体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる

限り早めに担当の介護支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

指定訪問介護の提供開始に当たり、利用者に対して、重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 群馬県藤岡市藤岡849番地

法人名 株式会社 REWALK

代表者名 代表取締役 今井 正義 印

説明者

事業所名 訪問介護ステーション REWALK

氏名

印

私は、事業者から重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

利用者

住所

氏名

印

(代理人)

住所

氏名

印