

# 訪問介護・介護予防訪問介護相当サービス

## 重要事項説明書

### 1 事業所概要

|            |                                  |
|------------|----------------------------------|
| 事業所名称      | うららホームヘルプステーション                  |
| 事業所指定番号    | 2570101937                       |
| 管理者名       | 南 智里                             |
| 主たる事業所の所在地 | 〒 520-0812<br>滋賀県大津市木下町 7 番 39 号 |
| 電話番号       | 077-525-7245                     |

### 2 事業の目的

要介護状態又は要支援状態又は事業対象者であるご利用者（以下「要介護者等」という。）に対し、適正な指定訪問介護及び介護予防訪問介護相当サービスを提供するものとする。

### 3 運営方針

1. 当訪問介護事業所の訪問介護員は、要支援者又は要介護者又は事業対象者等の心身の特性を踏まえ、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、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。
2. 指定訪問介護及び介護予防訪問介護相当サービスの実施にあたっては、居宅介護支援事業所及び介護予防支援事業所、その他保健医療サービス又は、福祉サービスを提供する者との密接な連携をはかり、関係市区町村とも連携し、総合的なサービスの提供に努める。
3. 当訪問介護事業所を運営する法人の役員及び管理者その他従業員は、暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律「平成 3 年法律第 77 号」第 2 条第 6 号に規定する暴力団員をいう。）であってはならない。又、当訪問介護事業所は、その運営について、暴力団員の支配を受けてはならない。

### 4 事業所の職員体制（令和 7 年 12 月 1 日現在）

|                    | 職務内容  | 人員数               |
|--------------------|---|-------------------|
| 管理者<br>サービス提供責任者兼務 | 従業員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及び介護予防訪問介護相当サービスの提供にあたる。従業員に法令等の規定を遵守させる為必要な命令を行う。             | 常勤 1 名            |
| サービス提供責任者          | 訪問介護事業所に対する指定訪問介護及び介護予防訪問介護相当サービスの利用申し込みに係る調整、訪問介護員に対する技術指導、訪問介護計画及び介護予防訪問介護相当サービス計画の策定などを行う。 | 常勤 3 名<br>非常勤 1 名 |
| 訪問介護員              | 指定訪問介護及び介護予防訪問介護相当サービスの実施及びそれに関連する業務を行う。  | 非常勤 10 名          |

## 5 事業所の営業日・時間

- 1 営業日 月曜日～土曜日（但し、12月31日～1月3日を除く）
- 2 営業時間 9時～17時

6 サービス提供日 月曜日～日曜日 サービス提供時間 24時間体制

7 通常事業実施地域 大津市 平野、晴嵐、膳所、富士見、中央小学校区

## 8 利用料その他の費用の額

指定訪問介護及び介護予防訪問介護相当サービスを提供した場合の利用料は、厚生労働大臣及び大津市長が定める基準のものとし、指定訪問介護及び介護予防訪問介護相当サービスが法定代理受領サービスである時の利用料は、ご利用者の介護保険負担割合証に記載された割合の額とする。尚、法定代理受領サービスに該当しない利用料の支払いを受けた場合は、サービス提供証明書の交付を行う。

一割負担のご利用者が介護保険の給付サービスを利用する場合の自己負担額は、下記料金表（実際のサービス提供時間ではなく、目安の金額です。ご利用者のケアプランに基づいた金額は、サービス内容説明書に明記します。）に記載の金額です。介護保険の支給限度額を超えたサービス料は全額負担です。

### 【料金表1】指定訪問介護サービス料金

#### 一割負担のご利用者対象

（特定事業所加算Ⅰ・介護職員等処遇改善加算Ⅰを含む）

| ● 昼間           |              | <訪問時間帯> 8:00～17:59                  |                              |        |
|----------------|--------------|-------------------------------------|------------------------------|--------|
| サービス内容         | サービス時間       | 単位数                                 | サービス費用<br>(全額負担、法定代理受領でない場合) | 自己負担額  |
| 身体01・Ⅰ         | 20分未満        | 196                                 | 2,610円                       | 261円   |
| 身体1・Ⅰ          | 20分以上～30分未満  | 293                                 | 3,905円                       | 391円   |
| 身体1(2人)・Ⅰ      | 20分以上～30分未満  | 586                                 | 7,811円                       | 782円   |
| 身体2・Ⅰ          | 30分以上～60分未満  | 464                                 | 6,184円                       | 619円   |
| 身体2(2人)・Ⅰ      | 30分以上～60分未満  | 929                                 | 12,379円                      | 1,238円 |
| 身体3・Ⅰ          | 60分以上～90分未満  | 680                                 | 9,062円                       | 907円   |
| 身体4・Ⅰ          | 90分以上～120分未満 | 779                                 | 10,379円                      | 1,038円 |
| 生活2・Ⅰ          | 20分以上～45分未満  | 215                                 | 2,867円                       | 287円   |
| 生活3・Ⅰ          | 45分以上～70分未満  | 264                                 | 3,520円                       | 352円   |
| ● 夜間・早朝割増(25%) |              | <訪問時間帯> 夜間 18:00～21:59、早朝 6:00～7:59 |                              |        |
| サービス内容         | サービス時間       | 単位数                                 | サービス費用<br>(全額負担、法定代理受領でない場合) | 自己負担額  |
| 身体01・Ⅰ         | 20分未満        | 245                                 | 3,263円                       | 327円   |
| 身体1・Ⅰ          | 20分以上～30分未満  | 366                                 | 4,879円                       | 488円   |
| 身体1(2人)・Ⅰ      | 20分以上～30分未満  | 732                                 | 9,747円                       | 975円   |
| 身体2・Ⅰ          | 30分以上～60分未満  | 581                                 | 7,736円                       | 774円   |
| 身体2(2人)・Ⅰ      | 30分以上～60分未満  | 1162                                | 15,482円                      | 1,549円 |

|             |              |                    |                              |         |
|-------------|--------------|--------------------|------------------------------|---------|
| 身体３・Ⅰ       | 60分以上～90分未満  | 851                | 11,331 円                     | 1,134 円 |
| 身体４・Ⅰ       | 90分以上～120分未満 | 973                | 12,957 円                     | 1,296 円 |
| 生活２・Ⅰ       | 20分以上～45分未満  | 269                | 3,584 円                      | 359 円   |
| 生活３・Ⅰ       | 45分以上～70分未満  | 330                | 4,397 円                      | 440 円   |
| ● 深夜割増（50%） |              | <訪問時間帯> 22：00～5：59 |                              |         |
| サービス内容      | サービス時間       | 単位数                | サービス費用<br>(全額負担、法定代理受領でない場合) | 自己負担額   |
| 身体〇１・Ⅰ      | 20分未満        | 294                | 3,916 円                      | 392 円   |
| 身体１・Ⅰ       | 20分以上～30分未満  | 439                | 5,852 円                      | 586 円   |
| 身体１（２人）・Ⅰ   | 20分以上～30分未満  | 878                | 11,695 円                     | 1,170 円 |
| 身体２・Ⅰ       | 30分以上～60分未満  | 697                | 9,287 円                      | 929 円   |
| 身体２（２人）・Ⅰ   | 30分以上～60分未満  | 1393               | 18,553 円                     | 1,856 円 |
| 身体３・Ⅰ       | 60分以上～90分未満  | 1021               | 13,599 円                     | 1,360 円 |
| 身体４・Ⅰ       | 90分以上～120分未満 | 1169               | 15,568 円                     | 1,557 円 |
| 生活２・Ⅰ       | 20分以上～45分未満  | 323                | 4,301 円                      | 431 円   |
| 生活３・Ⅰ       | 45分以上～70分未満  | 396                | 5,275 円                      | 528 円   |
| ● 昼間        |              | <訪問時間帯> 8：00～17：59 |                              |         |
| サービス内容      | サービス時間       | 単位数                | サービス費用<br>(全額負担、法定代理受領でない場合) | 自己負担額   |
| 身体１生活１・Ⅰ    | 75分未満        | 371                | 4,943 円                      | 495 円   |
| 身体１生活２・Ⅰ    | 100分未満       | 449                | 5,981 円                      | 599 円   |
| 身体２生活１・Ⅰ    | 105分未満       | 542                | 7,222 円                      | 723 円   |
| 身体２生活２・Ⅰ    | 130分未満       | 620                | 8,260 円                      | 826 円   |

【料金表２】介護予防訪問介護相当サービス料金表（訪問１回あたりの利用料）

一割負担のご利用者対象

（介護職員等処遇改善加算Ⅰを含む）

|              | 単位数 | サービス費用<br>(全額負担、法定代理受領でない場合) | 自己負担額 |
|--------------|-----|------------------------------|-------|
| 訪問型独自サービス 21 | 287 | 3,819 円                      | 382 円 |
| 訪問型独自サービス 22 | 179 | 2,386 円                      | 239 円 |
| 訪問型独自サービス 23 | 220 | 2,931 円                      | 294 円 |
| 訪問型独自短時間サービス | 163 | 2,172 円                      | 218 円 |

【介護保険外サービス料金】

介護保険外のサービスは、介護保険外サービス料金表記載の額とします。詳しくは、サービス内容説明書に明記致します。

## 9 キャンセル料

ご利用者様宅へ、ヘルパー訪問時に、ご不在等の事由によりサービスが提供できなかった場合、キャンセル料として400円をいただきます。

## 10 初回加算

新規に指定訪問介護計画及び介護予防訪問介護相当サービス計画を作成したご利用者に対して、初回に実施した指定訪問介護及び介護予防訪問介護相当サービスと同月内に、サービス提供責任者が、自ら指定訪問介護及び介護予防訪問介護相当サービスを行う場合又は他の訪問介護員等が指定訪問介護及び介護予防訪問介護相当サービスを行う際に同行訪問した場合は、200 単位／月、全額負担額にして 2,664 円／月、一割負担のご利用者については自己負担額にして 267 円／月（自己負担額は介護保険負担割合証に記載された割合の額とします。）をご利用料に加算し請求致します。

尚、過去 2 ヶ月（暦月）指定訪問介護及び介護予防訪問介護相当サービスの提供を受けられていない場合、要介護・要支援の認定の変更があった場合にも同様に加算し請求致します。

## 11 緊急時訪問介護加算

ご利用者やそのご家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り、ケアマネジャーが必要と認めた時に、サービス提供責任者又はその他の訪問介護員等が居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護中心型に限る）を 24 時間以内に行った場合は、100 単位／回、全額負担額にして 1,337 円／回、一割負担のご利用者については自己負担額にして 134 円／回（自己負担額は介護保険負担割合証に記載された割合の額とします。）をご利用料に加算し請求致します。

尚、やむをえない理由でケアマネジャーと事前の連絡が取れない場合は、事後判断によることもできる。

## 12 特定事業所加算（Ⅰ）

厚生労働大臣が定める基準（体制要件、人材要件、重度要介護者等対応要件）に適合し、サービスの質の向上に努めている事業所に認められる加算で、指定訪問介護を行った場合は、1 回につき所定単位数の 20%の割合で加算されます。（料金は【料金表 1】に記載の額に含まれています。）

## 13 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

介護職員のキャリアアップ支援や賃金、福利厚生の上昇等の取り組みを行う事業所に対して、認められている加算です。毎月のご利用料（サービス利用総単位数）に 24.5%を乗じた額を加算し請求致します。（料金は【料金表 1】及び【料金表 2】に記載の額に含まれています。）

※下記一覧は介護職員等処遇改善加算Ⅰの一割負担のご利用者についての目安の金額です。  
（自己負担額は介護保険負担割合証に記載された割合の額とします。）

|              | 単位数 | 介護職員等処遇改善加算Ⅰ |       |
|--------------|-----|--------------|-------|
|              |     | 単位数          | 一割負担額 |
| 身体〇１・Ⅰ       | 196 | 48           | 52 円  |
| 身体１・Ⅰ        | 293 | 72           | 77 円  |
| 身体２・Ⅰ        | 464 | 114          | 122 円 |
| 生活２・Ⅰ        | 215 | 53           | 57 円  |
| 生活３・Ⅰ        | 264 | 65           | 70 円  |
| 身体１生活１・Ⅰ     | 371 | 91           | 98 円  |
| 身体１生活２・Ⅰ     | 449 | 110          | 118 円 |
| 身体２生活１・Ⅰ     | 542 | 133          | 143 円 |
| 身体２生活２・Ⅰ     | 620 | 152          | 163 円 |
|              | 単位数 | 介護職員等処遇改善加算Ⅰ |       |
|              |     | 単位数          | 一割負担額 |
| 訪問型独自サービス 21 | 287 | 70           | 75 円  |
| 訪問型独自サービス 22 | 179 | 44           | 47 円  |
| 訪問型独自サービス 23 | 220 | 54           | 58 円  |
| 訪問型独自短時間サービス | 163 | 40           | 43 円  |

#### 14 生活機能向上連携加算（Ⅰ・Ⅱ）

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）を受けることが出来る体制を構築し、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、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、ご利用者の状況を把握した上で助言を定期的に行う場合は、生活機能向上連携加算Ⅰとして 100 単位／月、全額負担額にして 1,337 円／月、一割負担のご利用者については自己負担額にして 134 円／回（自己負担額は介護保険負担割合証に記載された割合の額とします。）をご利用料に加算し請求致します。

現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士がご利用者宅を訪問して行う場合に加えて、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・医師が訪問して行う場合は、生活機能向上連携加算Ⅱとして 200 単位／月、全額負担額にして 2,664 円／月、一割負担のご利用者については自己負担額にして 267 円／回（自己負担額は介護保険負担割合証に記載された割合の額とします。）をご利用料に加算し請求致します。

#### 15 交通費

通常の事業の実施区域を越えて行う指定訪問介護・介護予防訪問介護相当サービスに要した交通費は頂きません。

## 16 料金の支払

毎月10日前後に、前月利用料の内訳を記載した請求書を送付いたします。利用料は、月末迄に、各種振替、銀行振込、又は現金などの方法でお支払い下さい。

## 17 担当訪問介護員の変更について

- 1 担当訪問介護員の変更をご希望される場合は、サービス提供責任者まで、ご連絡下さい。  
サービスの目的に反するなど、変更を拒む正当な理由がない限り変更の申し出に応じます。
- 2 担当訪問介護員の変更につきましては、ご希望を尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望に沿えない場合もありますことを予めご了承下さい。

## 18 身分証の携帯

訪問職員は身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでも、その提示をお求め下さい。

## 19 苦情・要望・相談窓口

訪問介護・介護予防訪問介護相当サービスに関する相談・要望・苦情等は事業所受付担当者までお申し出下さい。

受付時間は、月曜日～土曜日 9:00～17:00です。

|       |               |
|-------|---------------|
| 担当者   | 南 智里（管理者）     |
| 連絡先電話 | 077-525-7245  |
| 携帯電話  | 080-8734-1339 |

当事業所以外に下記の公的相談窓口にも苦情の申し出をすることもできます。

### 【公的相談窓口】

|   |                  |
|---|------------------|
| 滋賀県国民健康保険団体連合会／介護保険課<br>受付時間 9:00～17:00（土・日祝日を除く）                   | TEL 077-510-6605 |
| 大津市役所／健康保険部／介護保険課<br>受付時間 9:00～17:00<br>（土・日祝日及び年末年始 12/29～1/3 を除く） | TEL 077-528-2753 |

## 20 緊急時及び事故発生時の対応方法

万一、サービス提供中に体調の急変などが発生した場合には、「緊急時の対応等のマニュアル」に則り、迅速かつ適切な対応に努めます。

## 21 その他事故発生時の対応

サービス提供中に万一事故が発生した場合には、利用者のご家族、ご利用者の居宅介護支援事業所等に連絡するとともに、迅速かつ適切な対応に努めます。又、万一ご利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、当事業所が加入する損害賠償保険にて対応致します。

## 22 非常災害対策

当訪問介護事業所は、非常災害時の発生の際にその事業を継続することができるよう、他の社会福祉施設との連携及び協力を行う体制を構築するよう努めます。

## 23 人権擁護及び虐待防止

当訪問介護事業所は、ご利用者の人権の擁護、虐待の防止等の為、対策委員会を設置し、責任者を明確にする等必要な体制の整備を行い、訪問介護員に対し研修の機会を確保し、必要な措置を講じます。

## 24 ハラスメント防止

当訪問介護事業所は、介護の現場、及び事業所内におけるハラスメントを防止する為、相談窓口を設置し、必要な体制の整備を行い、訪問介護員に対し研修の機会を確保し、必要な措置を講じます。

## 25 その他

第三者による評価の実施：なし

当事業所は、ご利用者に対する訪問介護・介護予防訪問介護相当サービスについて、重要事項説明書に基づいて重要事項を説明しました。

事業所所在地： 滋賀県大津市木下町 7 番 39 号

名 称： うららホームヘルプステーション 印

事業所指定番号： 2570101937

説 明 者： \_\_\_\_\_ 印

重要事項説明書に基づいて、重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

<ご本人>

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

利用者に代わり重要事項の説明を受け、同意しました。

<代理人>

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 印