

J A いび川訪問介護ステーション

訪問介護（介護予防・日常生活支援総合事業（指定相当訪問型サービス（独自））サービスにかかる重要事項説明書

1. サービスを提供する事業所

| | | | |
|------------|-------------------------|------|------|
| 事業者の名称 | いび川農業協同組合 | | |
| 代表者役職名・氏名 | 代表理事組合長 林 正明 | | |
| 事業所の名称 | J A いび川訪問介護ステーション | | |
| 事業所番号 | 2172600153 号 | | |
| 所在地 | 岐阜県揖斐郡揖斐川町三輪字中新田 2439-1 | | |
| 電話番号 | 0585-23-0155 | 管理者名 | 遠藤 靖 |
| 通常の事業の実施地域 | 揖斐川町・大野町・池田町 | | |

2. 事業の目的と運営方針

（目的）

介護を必要とする利用者が、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、ケアプランに基づき適正な訪問介護および介護予防・日常生活支援総合事業（指定相当訪問型サービス（独自））を含む、以下同じ）サービスを提供することを目的とします。

（方針）

- 利用者一人一人の意向を尊重する利用者本位のサービスの提供
- 利用者の心身機能の維持向上に貢献するサービスの提供
- 利用者の社会的孤立感の解消に貢献するサービスの提供
- 利用者の生活の質の向上と意欲向上に役立つサービスの提供
- 利用者の自立の可能性の引き出すことに貢献するサービスの提供

3. 介護に従事する職員の体制

（令和7年 4月 1日現在）

| 職 種 | 員 数 | 勤務体制等 |
|-----------|---------|----------------|
| 管理者 | 1 人 | 常勤 |
| サービス提供責任者 | 1 人以上 | 利用者に応じた数とする |
| 介護職員 | 2.5 人以上 | 常勤換算方法に準ずる数とする |

4. 営業日及び営業時間

- (1) サービス提供日 年中無休 ただし、12月31日～1月3日を除く
- (2) サービス提供時間 午前7時～午後9時
- (3) 窓口営業日 月曜日～金曜日 祝祭日を除く
- (4) 窓口営業時間 午前8時30分～午後5時

5. サービスの内容および利用料金

利用者負担額は介護保険負担割合証の負担割合となり、下表のとおりです。

A：訪問介護

(1) 身体介護

| サービスの種類 | 具体的内容・標準的な手順 |
|---------|------------------------|
| 入浴介助 | 入浴の介助。入浴困難な方には清拭を行います。 |
| 排せつ介助 | 排せつの介助、おむつ交換、清拭を行います。 |
| 食事介助 | 食事の介助を行います。 |
| 体位交換 | 体位の交換を行います。 |

(1回あたり)

| サービス提供時間 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|-------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20分以上 30分未満 | 244 円 | 488 円 | 732 円 |
| 30分以上 60分未満 | 387 円 | 774 円 | 1,161 円 |
| 60分以上 | 567 円に 30 分増すごとに+82 円 | 1,134 円に 30 分増すごとに+164 円 | 1,701 円に 30 分増すごとに+246 円 |

(2) 生活援助

生活援助のみ行う場合

| サービスの種類 | 具体的内容・標準的な手順 |
|---------|---------------------------------------|
| 調 理 | 食事の用意を行います。(家族の分は行いません。) |
| 洗 濯 | 衣類の洗濯を行います。(家族の分は行いません。) |
| 掃 除 | 居室の掃除を行います。(利用者の居室以外は行いません。) |
| 買い物 | 利用者の生活必需品の買い物をを行います。(預貯金の出し入れは行いません。) |

(1回あたり)

| サービス提供時間 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|-------------|-------|-------|-------|
| 20分以上 45分未満 | 179 円 | 358 円 | 537 円 |
| 45分以上 70分未満 | 220 円 | 440 円 | 660 円 |

(3) 身体生活援助（身体介護に引き続き生活援助を行う場合）

| サービス提供時間 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|-------------|-------|-------|-------|
| 20分以上 45分未満 | 65 円 | 130 円 | 195 円 |
| 45分以上 70分未満 | 130 円 | 260 円 | 390 円 |

＊ 身体援助サービス料金に加算されます。

(4) 初回加算

新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回の訪問介護を実施した月の同月内にサービス提供責任者が訪問した場合 1月につき 200 円

(5) 緊急時訪問介護加算

利用者又はその家族等から要請を受けてから 24 時間以内に、居宅サービス計画にない訪問

介護（身体介護中心に限る）を緊急に行った場合（介護支援専門員が必要と認めた場合） 1
回につき 100円

(6) 特定事業所加算（Ⅱ）所定利用料の10%

(7) 割増料金

下記の時間帯の利用については割増料金が発生します。

午前7時～午前8時（早朝）25%増 午後6時～午後9時（夜間）25%増

(8) 介護保険の支給限度額を超えるサービス利用料

100%自己負担となります

B：介護予防訪問介護・総合事業

(1) サービス内容

自力で家事等ができない利用者に対して、心身機能の改善、環境調整等を通じて、利用者の意欲を高め自立を支援するためサービスを提供します。

(2) 利用料

| 区 分 | 利用状況 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
|------------------|-------|--------|--------|---------|
| 指定相当訪問型独自サービス（Ⅰ） | 週1回程度 | 1,176円 | 2,352円 | 3,528円 |
| 指定相当訪問型独自サービス（Ⅱ） | 週2回程度 | 2,349円 | 4,698円 | 7,047円 |
| 指定相当訪問型独自サービス（Ⅲ） | 週3回程度 | 3,727円 | 7,454円 | 11,181円 |

(3) 初回加算 A：訪問介護の（4）の初回加算と同じ

6. 利用料金の改定

5の利用料金は、国の定める介護報酬が基準となっておりますので、法改正により介護報酬が改定された場合は、介護報酬の改定通知文書の発送をもって、当契約の料金の変更がなされたものとみなし当記載金額を読み替えさせていただきます。法定外の利用料の変更は、書面にて同意を得ることとします。

7. サービス利用料金の支払

サービス利用料金の支払いは、月単位とし、毎月月末締め翌月15日支払い（ただし、15日が金融機関休業の場合は翌営業日とする）とします。支払方法は原則として契約者（利用者又は代理人）名義の預貯金口座よりの口座振替とします。

8. キャンセル料

基本契約第5条に規定する利用中止に伴うキャンセル料は次の通りとします。

| キャンセルの期日 | キャンセル料 | 備 考 |
|-------------|-----------|-----|
| 利用予定日の前々日まで | 無 料 | |
| 利用予定日の前日 | 5 0 0 円 | |
| 利用予定日当日 | 1 0 0 0 円 | |

9. サービスの利用にあたってご留意いただきたいこと

禁止行為

- ①職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
- ②職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたりおとしめたりする行為）
- ③職員に対するその他ハラスメントに相当する迷惑行為
- ④事業者との間の信頼関係を破壊する行為
- ⑤その他契約の継続を困難にさせる行為

10. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

- (1) 実施の（有・無）
(2) 実施した直近の年月日（ 年 月 日）
(3) 実施した評価機関名（ ）
(4) 評価結果の開示状況（ ）

11. 個人情報使用管理

利用者および家族の個人情報の取り扱いについては、利用者の居宅介護サービスの向上に資するために介護支援専門員、他のサービス事業者との間において、必要最小限の情報交換をすることがありますので、ご了承ください。(契約書第 10 条第 2 項 3 号)

12. 担当職員

| | |
|-----------|--|
| サービス提供責任者 | |
| 主となる訪問介護員 | |

13. 連絡相談窓口の案内

① 利用日の中止及び変更の連絡先 訪問介護ステーション 0585-23-0155

② 苦情等相談窓口

| 相談窓口 | 責任者等 | 電話番号 | 受付時間 |
|-------------|-------|--------------|------------|
| 訪問介護ステーション | 高橋 浩美 | 0585-23-0155 | 8:30～17:00 |
| 国民健康保険団体連合会 | 苦情相談係 | 058-275-9826 | 9:00～17:00 |
| 揖斐広域連合 | 介護保険課 | 0585-23-0188 | 8:30～17:15 |

③ 事故等緊急時の連絡先

JA いび川訪問介護ステーション 0585-23-0155

| |
|-------------------------------------|
| 利用者の主治医 名 称 _____ 電話番号 _____ |
|-------------------------------------|

協力医療機関 西濃厚生病院 0585-36-1100

重要事項の

説明者氏名 _____

私は、以上の重要事項説明書の内容について確かに説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者（代理人がある場合は代理人）

住所 _____

氏名 _____ 印 _____