

重要事項説明書

(訪問介護サービス)

【令和 年 月 日現在】

1. サービスの内容

- (1) 要介護状態にあるご利用者が、その居宅（自宅）において介護福祉士その他政令で定めた者により行われる、入浴、排せつ、食事等の介護その他の生活全般にわたる支援を行うことにより、ご利用者の心身機能の維持・回復を図り、ご利用者の生活機能の維持又は向上を目指すサービスである指定訪問介護サービスを提供することを目的とします。
- (2) ケアメディカルは、ご利用者の心身機能、環境状況等を踏まえて、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、介護保険以外の代替サービスを利用する等効率的・柔軟性を考慮した上で、ご利用者のできることはご利用者が行うことを基本としたサービス提供に努めます。
- (3) 訪問介護の利用申込みから、サービス提供までの基本的な流れです。
 - ①重要事項説明書を交付し、説明を行い、同意を頂きます。
 - ②ご利用者の状態把握・課題分析を致します。（介護保険被保険者証等の確認）
 - ③訪問介護計画原案を作成し、ご利用者又はご家族等に説明し、同意を頂きます。
 - ④契約を締結します。
 - ⑤同意いただいた訪問介護計画に基づきサービスが計画的に提供されます。
 - ⑥サービス提供責任者は、訪問介護計画書作成後においても、ご利用者及びご家族、介護支援専門員との連絡を継続的に行い、訪問介護計画の実施状況を把握します。適宜訪問することにより、ご利用者の課題把握・分析を行い、必要と判断した場合は、介護支援専門員と連携をはかり、ご利用者の同意をもって、訪問介護計画を変更します。
 - ⑦作成・変更した訪問介護計画書の写しを介護支援専門員に提供します。
- (4) サービス内容の詳細については、適切なアセスメントによりご利用者の希望を確認したうえで計画書を作成し、実施します。
- (5) ケアメディカルは、指定の時間帯において次の【サービス内容区分】の中から選択されたサービスを提供します。

【サービス内容区分】

＜生活援助＞

- | | |
|-----------|--------------|
| 1. 掃除 | 5. 配膳・下膳 |
| 2. 洗濯 | 6. 買物 |
| 3. ベッドメイク | 7. 薬の受け取り |
| 4. 調理 | 8. その他の家事（ ） |

＜身体介護＞

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 9. 排泄介助（トイレ） | 22. 洗面介助 |
| 10. 排泄介助（ポータブルトイレ） | 23. 身体整容 |
| 11. 排泄介助（尿器/便器） | 24. 更衣介助 |
| 12. 排泄介助（おむつ） | 25. ベッドメイク（介助含） |
| 13. 食事介助 | 26. 体位交換 |
| 14. 水分補給 | 27. 移乗・移動介助 |
| 15. 服薬介助 | 28. 外出介助（通院） |
| 16. 口腔ケア | 29. 外出介助（買い物） |
| 17. 調理（専門的配慮有） | 30. 外出介助（その他） |
| 18. 清拭 | 31. 起床介助 |
| 19. 手浴・足浴 | 32. 就寝介助 |
| 20. 洗髪 | 33. 自立支援のための見守りの援助 |
| 21. 全身浴・シャワー浴 | 34. その他の介助（ ） |

2. サービス提供について

（１）ケアメディカルは、適切なアセスメントに基づいて作成された訪問介護計画書に沿ったサービス提供を行います。

（２）サービス提供を行う訪問介護員は、ケアメディカルが選出を行います。

（３）サービス提供を行う訪問介護員の指名・指定は承っておりません。

（４）ケアメディカルが、アセスメントに基づいて作成した訪問介護計画書に沿ったサービスを、安定的かつ継続的に行う為に必要と判断した場合、複数名の訪問介護員によるサービス提供を行います。

3. サービス提供の記録等

（１）サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「訪問介護記録書」に必要事項を記入して、ご利用者の確認を受けることとします。確認を受けた後、その控えをご利用者に交付します。

（２）ケアメディカルは、前記の「訪問介護記録書」の記録をサービス終了後５年間は

適正に保管し、ご利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担（１枚１０円）によりその写しを交付します。

４．サービス提供の責任者等

サービス提供の責任者（管理者・サービス提供責任者等）は、次のとおりです。尚、サービスについてご相談やご不満がある場合には、どんなことでもお寄せ下さい。

氏名： 幡野 愛子 連絡先（電話）： ０４７８－５４－３７０１

５．利用者負担金

（１）利用料

介護保険からの介護給付サービスを利用する場合の利用者負担金は、原則として基本料金（利用料金表）の１割、２割または３割です。この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。ただし、介護保険の支給限度額の範囲を超えたサービスや、介護保険の給付対象外のサービス利用は、全額自己負担となります。

また、要介護認定区分が自立と判定した方など、何らかの理由にて介護保険の給付を受けない方については全額自己負担となります。

【利用料金表】通常時間帯（午前８：００～午後６：００）

* 地域区分別、１単位 10.00 円（その他）

訪問介護 の類型	ご利用時間	基本料金 特定事業所加算 (Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ) □あり ■なし 同一建物減算 ■あり □なし	利用者負担金 ※基本料金の１割、２割または３割		
			１割負担の場合	２割負担の場合	３割負担の場合
身体介護	20分未満 163単位	1,630円	163円	326円	489円
	20分以上 30分未満 244単位	2,440円	244円	488円	732円
	30分以上 1時間未 満 387単位	3,870円	387円	774円	1,161円
	1時間以上 1時間30 分未満 567単位	5,670円	567円	1,134円	1,701円
	1時間30分以上 (30分増すごとに)	820円を追加	82円を追加	164円を追加	246円を追加

	身体介護に引き続いて生活援助をご利用になる場合 (注 1)	(20 分以上) 650 円を追加 (45 分～70 分未満) 1, 300 円を追加 (70 分以上) 1, 950 円を追加	(20 分以上) 65 円を追加 (45 分～70 分未満) 130 円を追加 (70 分以上) 195 円を追加	(20 分以上) 130 円を追加 (45 分～70 分未満) 260 円を追加 (70 分以上) 390 円を追加	(20 分以上) 195 円を追加 (45 分～70 分未満) 390 円を追加 (70 分以上) 585 円を追加
生活援助	20 分以上 45 分未満 179 単位	1, 790 円	179 円	358 円	537 円
	45 分以上 220 単位	2, 200 円	220 円	440 円	660 円
緊急時訪問介護加算 (注 2)		1, 000 円	100 円	200 円	300 円
初回加算 (注 3)		2, 000 円	200 円	400 円	600 円
口腔連携強化加算 (注 4)		500 円	50 円	100 円	150 円
生活機能向上連携加算 (Ⅰ) (Ⅱ) (注 5)	(Ⅰ)	1, 000 円	100 円	200 円	300 円
	(Ⅱ)	2, 000 円	200 円	400 円	600 円
高齢者虐待防止措置未実施減算 (注 6)		所定単位数 × 1/100(※端数 切捨て)	基本料金から (基本料金 × 0. 9 ※端数切り捨て) を引いた金額	基本料金から (基本 料金 × 0. 8※端 数切り捨て) を引いた金額	基本料金から (基本 料金 × 0. 7※端 数切り捨て) を引いた金額
業務継続計画未実施減算 (注 7)		所定単位数 × 1/100(※端数 切捨て)	基本料金から (基本料金 × 0. 9 ※端数切り捨て) を引いた金額	基本料金から (基本 料金 × 0. 8※端 数切り捨て) を引いた金額	基本料金から (基本 料金 × 0. 7※端 数切り捨て) を引いた金額
同一建物に居住する者へのサービス 提供に係る減算 (注 8)	所定単位数 × 90/100 (※端 数切捨て)	基本料金から (基本料金 × 0. 9 ※端数切り捨て) を引いた金額	基本料金から (基本 料金 × 0. 8※端 数切り捨て) を引いた金額	基本料金から (基本 料金 × 0. 7※端 数切り捨て) を引いた金額	
	所定単位数 × 88/100 (※端 数切捨て)				
	所定単位数 × 85/100 (※端 数切捨て)				

介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)(注9)	全ての利用者負担額×22.4% (※単位未満の端数は四捨五入) 上記の単位数×1単位の単価 (※端数切り捨て)	基本料金から (基本料金×0.9※端数切り捨て) を引いた金額	基本料金から (基本料金×0.8※端数切り捨て) を引いた金額	基本料金から (基本料金×0.7※端数切り捨て) を引いた金額
--------------------	---	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

- (注1) 身体介護サービスに引き続いて生活援助サービスをご利用いただく場合、算定基準時間あたりの計算となります。なおその場合には、必要な水準の生活援助サービスを提供するよう、ケアメディカルとご利用者で相談しながら決めます。
- (注2) ご利用者やそのご家族等からの要請を受けて、介護支援専門員が必要と認め、居宅サービス計画にない訪問介護(身体介護)を提供した場合に加算されます。
- (注3) 新規に訪問介護計画を作成したご利用者に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が自ら訪問介護を行う場合、又は他の訪問介護員等に同行した場合に加算されます。過去2ヶ月間サービスの提供を受けていない場合も該当します。
- (注4) 事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、1月に1回に限り加算されます。
- (注5) 下記4点のうち(1)(2)を実施している場合には1か月あたり上記表の(Ⅰ)の金額を、(3)(4)を実施している場合には(Ⅱ)の金額を加算します。
 (1) 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、計画作成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)する。(2) 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。(3) 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・医師が利用者宅を訪問し身体状況等の評価(生活機能アセスメント)を共同で行う。(4) 計画作成責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護看護計画を作成する。
- (注6) 虐待の発生又はその再発を防止するための下記4点の措置が講じられていない場合、所定単位数の100分の1に相当する単位が減算されます。

(1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催(2) 虐待の防止のための指針の整備(3) 虐待の防止のための従業者に対する研修の実施(4) 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者の配置。

(注7) 感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスを継続的に提供できる体制を構築するため下記2点の措置が講じられていない場合、所定単位数の100分の1に相当する単位が減算されます。

(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定すること。(2) 当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。

(注8) 事業所と同一敷地内または隣接する敷地内の建物に居住するご利用者、あるいは上記以外の建物に居住するご利用者が1か月あたり20名以上の場合、所定単位数の10%の単位が、1か月あたり50名以上の場合、所定単位数の15%の単位が減算されます。正当な理由なく、事業所において前6月間に提供した訪問介護サービスの提供総数のうち、事業所と同一敷地内または隣接する敷地内の建物に居住する利用者に提供されたものの占める割合が100分の90以上である場合、所定単位数の12%の単位が減算されます。

(注9) 介護職員の処遇改善の取組として、全ての利用者負担額の22.4%の単位が加算されます。

※基本料金に対して、早朝（午前6：00～午前8：00）・夜間帯（午後6：00～午後10：00）は25%増し、深夜帯（午後10：00～午前6：00）は50%増しとなります。

※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、ご利用者の居宅サービス計画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、ご利用者の同意を得て2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。

※介護保険適用の場合でも介護保険料の滞納などにより、保険給付金が直接ケアメディカルに支払われない場合があります。その場合は一旦介護保険適用外の場合の料金を頂きます。後日、区市町村の窓口へケアメディカルの発行するサービス提供証明書を提出すると差額の払戻しを受けることができます。

(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。それ以外の地域の方は、通常の事業の実施地域を越えた地点よりご利用者宅までの片道1kmあたり10円が必要です（1km未満は切上にて計算）。（8.（1）参照）

(3) 支払方法

ご利用者は下記の支払方法からいずれかひとつを選択し、当月1日から末日までの合計額を、その選択した方法にてご利用者様負担金等の料金を支払います。

※口座名義はいずれも「株式会社ケアメディカル」です。（カブシキガイシャケアメディカル）

①口座自動引き落とし

ケアメディカルは翌月の 27 日頃にご利用者の口座から自動引き落としをします。引き落としの手数料はケアメディカルが負担します。

※サービス利用料金は【訪問介護計画書】に準ずるものとします。

②銀行振込

ご利用者は料金の合計額を翌日末日までに下記口座に振込送金して支払います。振込手数料はご利用者が負担します。

千葉銀行 振込 佐原支店 普通預金口座（口座番号 3721458 ）

6. キャンセル

- （１）ご利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先（又は前記のサービス提供の責任者）までご連絡ください。

氏名 ： 幡野 愛子 連絡先（電話） 0478-54-3702

- （２）サービス提供予定は、介護支援専門員からの提供票に基づいて作成しております。

ご利用者の都合によるサービス中止の連絡が無く、訪問介護員が訪問した場合は下記の表の通りキャンセル料を申し受ける事になりますので、ご了承下さい。

- （３）ご利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用日前日の午後 6：00 までに、ご連絡ください。当日のキャンセルにつきましては、下記の表の通りキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承ください。

（上記 6.（２）については、ご利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です）

時 期	キャンセル料
・ サービス利用日の前日午後 6：00 まで	無 料
・ サービス利用日の当日 ・ サービス利用日前日の午後 6：00 以降	基本料金の 10%
・ 訪問時不在の場合 ・ キャンセルのご連絡が無いまま、サービスにお伺いした場合	基本料金の 20%

※ご利用者またはご家族による度重なるサービスのキャンセルがある場合には、ケアメディカルは文書で通知することにより、直ちにこの契約を解除する場合があります。ただし、ご利用者の容態の急変など緊急やむを得ない事情がある場合は除きます。

7. その他

- (1) ご利用者が訪問介護員の交代を希望される場合には、できる限り対応しますので前記のサービス提供の責任者までご相談ください。但し、ご利用者都合による度重なる訪問介護員の交代希望につきましては、サービス提供の継続が困難となり、契約終了となる場合がございます事をご了承ください。
- (2) サービス提供を行う訪問介護員は、ケアメディカルにて選出を行うものとし、ご利用者にて指名、指定できるものではありません。
- (3) サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。
- ①訪問介護員は、医療行為や年金等の金銭の取り扱いは致しかねますので、ご了承ください（生活援助として行う買物等に伴う少額の金銭の取り扱いは可能です）。
 - ②訪問介護員は、介護保険制度上、ご利用者の介護や家事の準備等を行なうこととされています。家族の方への食事の準備など、それ以外の業務については介護保険外のサービスとなりますので、ご了承ください。
 - ③訪問介護員に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。
 - ④ケアメディカルは安定したサービス提供のために、複数の訪問介護員によりサービスを提供いたします。

8. ケアメディカル佐原訪問介護事業所の概要

(1) 事業所名および所在地

事業所名	ケアメディカル佐原訪問介護事業所
所在地	千葉県香取市佐原イ2375-1
電話番号	0478-54-3702
FAX番号	0478-54-3701
介護保険指定番号	1278900905
営業時間	午前9:00～午後6:00
休日	年中無休
サービス提供時間帯	24時間
通常の事業の実施地域*	千葉県香取市

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

※サービス提供時間帯により料金が異なります。ご利用者負担の利用料金は「訪問介護計画書」に準じます。

※事業所の電話受付時間（営業時間）は、午前9:00～午後6:00となっております。サービスの提供時間帯とは異なります。

(2) 同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理責任者		名 ()	名 ()	名 ()
サービス提供責任者	介護福祉士等	名 ()	名 ()	名 ()
	実務者研修修了者	名 ()	名 ()	名 ()
事務職員		名 ()	名 ()	名 ()
訪問介護職員	看護師	名 ()	名 ()	名 ()
	介護福祉士	名 ()	名 ()	名 ()
	介護職員基礎研修	名 ()	名 ()	名 ()
	実務者研修修了者	名 ()	名 ()	名 ()
	初任者研修終了者	名 ()	名 ()	名 ()
	ヘルパー1級修了者	名 ()	名 ()	名 ()
	ヘルパー2級修了者	名 ()	名 ()	名 ()
	その他	名 ()	名 ()	名 ()

※ () 内は男性再掲

(令和 年 月 日現在)

9. 株式会社ケアメディカルの概要

名称・法人種別	株式会社ケアメディカル	
代表者役職・氏名	代表取締役 日高 幸恵	
本社所在地	埼玉県さいたま市見沼区深作三丁目27番地6	
電話番号・FAX番号	電話番号 048-680-5811 FAX番号 048-680-5812	
事業所数	訪問介護事業所	16カ所
	居宅介護支援事業所	1カ所
	サービス付高齢者向け住宅運営事業	27カ所

(令和7年8月1日現在)

【 サービス利用のために 】

事 項	有無	備 考
男性ヘルパーの有無	有	
従業員への研修の実施	有	定期的に従業員研修を実施しています
サービスマニュアル	有	

10. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等への連絡をいたします。サービス提供時以外で緊急を要する場合は、下記までご連絡ください。(午前9:00～午後6:00)

担当者 : 幡野 愛子

(電話) 0478-54-3702

1 1. 事故発生時の対応

ご利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族、主治医または関係医療機関、区市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際して採った処置について事故報告書を作成し、その内容を社長に報告した後、社内に公表し再発防止に努めます。事故報告書は作成後5年間保管することとします。また、サービスの提供にともなって、ケアメディカルの責めに帰すべき事由により、ご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、適正な賠償義務の履行を誠実に行うこととします。

1 2. 虐待の防止について

(1)事業者は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果を従業員に周知徹底を図る
- ② 虐待の為の指針を整備
- ③ 従業員に対する虐待防止の啓発・普及するための研修を定期的実施
- ④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するために担当者を選任

虐待防止に関する責任者 : 幡野 愛子

1 3. サービス内容に関する苦情

苦情があった場合は、ご利用者の状況を把握するために必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行います。把握した内容をもとに検討を行い、今後の対応を決定します。必要に応じて関係者への連絡調整を行い、ご利用者に対して対応方法や結果の報告を行ないます。

(1) 当社お客さま相談・苦情担当

事業所管理者 : 幡野 愛子 (電話) 0478-54-3702

(2) その他

当社以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

区市町村名	担当	電話
千葉県国民健康保険団体連合会	介護保険課 苦情処理係	043-254-7428
香取市	高齢者福祉課	0478-50-1208

14. 指定居宅サービスにおける個人情報の取り扱い基準の遵守について

〔平成11.3.31.厚令三十七に基づく〕

- (1) 個人情報の収集は、介護関係ならびに関連事業のサービス提供前に、利用目的の範囲を説明し、同意を得た上で収集いたします。
- (2) 個人情報の利用は、訪問介護サービス契約書第8条2項にて、同意を頂きました利用目的の達成に必要な範囲内において、適正に使用いたします。
- (3) 同意または依頼のない限り、個人情報を第三者に提供することはいたしません。同意・依頼の下で、個人情報の提供、預託を行なう場合においても、提供・預託先に適正に管理するよう、監督を行って参ります。

重要事項説明書の説明年月日

令和

年

月

日

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	
	② なし		

訪問介護サービス利用にあたり、ご利用者に対して、訪問介護サービス契約書および本書面に基いて重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	埼玉県さいたま市見沼区深作三丁目27番地6	
	法人名	株式会社 ケアメディカル	
	代表者名	代表取締役 日高 幸恵	
	事業所名	ケアメディカル佐原訪問介護事業所	印
	説明者氏名	幡野 愛子	印

私は、本書面により、ケアメディカルから訪問介護サービスについての重要事項説明を受け、個人情報の取り扱いについても十分に理解し、同意の上交付を受けました。

ご利用者	住 所	〒
	氏 名	印

ご家族 または 代理人	(ご家族・代理人・その他) * 該当するご関係に○をつけて下記に具体的にご記入下さい	
	ご利用者との 関係・続柄	
	住 所	
	氏 名	印

* 上記欄に署名捺印された方は、同欄の署名を持って、本契約第 8 条第 2 項に基づいて株式会社ケアメディカルが、ご利用者のご家族等の個人情報を使用することに同意したものとします。