

## 重要事項説明書（訪問介護事業）

### 1 事業所の概要

|           |                  |                         |              |
|-----------|------------------|-------------------------|--------------|
| 事業所名      | 檀原園              |                         |              |
| 所在地       | 奈良県檀原市見瀬町 265 番地 |                         |              |
| 介護保険事業所番号 | 訪問介護             | 第 2 9 7 0 5 0 0 0 1 9 号 |              |
| 管理者及び連絡先  | サービス種類           | 氏 名                     | 連絡先          |
|           | 訪問介護             | 大森岩一郎                   | 0744-27-2424 |

### 2 事業所の職員体制等

| 職 種                             | 従事するサービス種類、業務 | 人 員                     |
|---------------------------------|---------------|-------------------------|
| 管理者                             | 統括            | 1 名                     |
| サービス提供責任者                       | 訪問介護計画の作成・相談等 | 2 名                     |
| サービス担当職員                        | 日常の生活介護       | 2 2 名（常勤 12 名、非常勤 10 名） |
| 事務担当職員                          | 訪問介護関連事務      | 1 名（常勤 1 名、非常勤 名）       |
| サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>提<br>供<br>者 | 介護福祉士         | 1 0 名（常勤 8 名、非常勤 2 名）   |
|                                 | ヘルパー 1 級      | 名（常勤 名、非常勤 名）           |
|                                 | ヘルパー 2 級      | 1 2 名（常勤 5 名、非常勤 7 名）   |
|                                 | その他           |                         |

### 3 サービス提供地域

檀原市、大和高田市、御所市、高取町、明日香村

### 4 サービス提供時間

| サービス種類 | 平日                     | 土曜日                    | 休祭日                    |
|--------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 提供時間   | 6 : 0 0 ~<br>2 2 : 0 0 | 6 : 0 0 ~<br>2 2 : 0 0 | 6 : 0 0 ~<br>2 2 : 0 0 |

「注」年始「1/1～1/3」は（休日）となります。

## 5 利用者負担金

※ 利用者負担金は、次の3種類に分かれます。具体的な金額は下記のとおりです。

- ①介護報酬に係る利用者負担金（費用全体の1割）
- ②運営基準（厚生省令）で定められた「その他の費用」（全額、自己負担）
- ③通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用（全額、自己負担）

なお、②又は③の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければならないこととされています（疑問点等があれば、お尋ねください）。

### 樫原園訪問介護事業所訪問介護料金表

令和6年4月1日現在

#### (1) 介護報酬に係る費用（利用者負担1割分）

| 項目                                                                                   |                          | サービス1回当たりの料金                              |            |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|------------|-----------------|
| ①基本額<br>下段（ ）内は利用者1割負担額を円に換算し表示したものです。ただし、少数点以下は切捨てとなるので、1ヶ月の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が出ます。 |                          | 所要時間及び内容                                  | 身体介護       | 生活援助            |
|                                                                                      |                          | 20分未満                                     | 196単位      | —               |
|                                                                                      |                          |                                           | (196円)     |                 |
|                                                                                      |                          | 20分以上<br>30分未満                            | 293単位      | 20分以上45分未満      |
|                                                                                      |                          |                                           | (293円)     | 215単位<br>(215円) |
|                                                                                      |                          | 30分以上<br>1時間未満                            | 464単位      | 45分以上           |
|                                                                                      |                          |                                           | (円)        | 264単位           |
| ②加算                                                                                  | 早朝・夜間加算                  | 早朝（6時～8時）<br>又は<br>夜間（18時～22時）<br>に訪問した場合 | 所定単位数×25%  |                 |
|                                                                                      | 利用者の希望により2人の訪問介護員が訪問した場合 |                                           | 所定単位数×200% |                 |

|                 |                                                                                                                                                     |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者負担 1 割分の計算方法 | ① ②の計算による 1 ヶ月のサービス合計単位数<br>×10 円×10%                                                                                                               |
| 初回加算            | 月 2 0 0 単位<br>新規に訪問介護計画を作成した利用者<br>に対して、初回に実施した訪問介護と同月<br>内に、サービス提供者が、自ら訪問介護を<br>行う場合、又は他の訪問介護員等が訪問介<br>護を行う際に同行訪問をした場合                             |
| 緊急時訪問介護加算       | 1 回 1 0 0 単位<br>利用者やその家族等からの要請を受け<br>て、サービス提供責任者がケアマネジャー<br>と連携を図り、ケアマネジャーが必要と認<br>めたときに、サービス提供責任者、又はそ<br>の他の訪問介護員等が居宅サービス計画<br>にない訪問介護（身体介護）を行った場合 |

＊ 表中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、お客様の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた時間を基準とします。

(2) 運営基準に定められたその他の費用

| 項目                  | 金額 | 説明                                                                                                                                                   |
|---------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| その他の<br>費用<br>【交通費】 | 実費 | 当事業所の通常の事業の実施地域（橿原市、大和高田市・高取町・明日香村）にお住まいの方は無料ですが、それ以外の地域の方は、訪問介護員が訪問するための交通費がかかります。なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額をいただきます。<br>1 事業所から、片道おおむね 1 キロメートルあたり 5 0 円 |

(3) 通常のサービス提供を超える費用（利用者負担 10 割分）

| 項目        | 金額               | 説明                                        |
|-----------|------------------|-------------------------------------------|
| 介護保険外サービス | 介護報酬の告示上の額と同額します | 区分支給限度額を超えてサービスを利用したい場合など介護保険枠外のサービス料金です。 |

◎ 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）

◎ 利用者負担金は、サービスを提供した翌日の 15 日までに、請求させていただきますので、下記の金融機関の口座へお振込みか、現金でお支払いいただきますので、よろしくお願いします。

A 少額の場合は現金払い

B 銀行口座への振込み

南都銀行神宮前支店 普通預金口座番号 2 5 1 0 8 1

社会福祉法人樞原園 園長 大森岩一郎

◎ 居宅介護サービス計画を作成しない場合など「償還払い」の場合には、いったん利用者が利用料（10割）を支払い、その後市町村に対して保険給付分（9割）を請求してください。

## 6 サービス利用の中止

（1）利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。

連絡先（電話）：0744-27-2424

（2）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の前々日までにご連絡ください。前日又は当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください（ただし、利用者の体調の急変など、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）。

（3）キャンセル料は、利用者負担金の支払いに合わせてお支払いいただきます。

| 時 間           | キャンセル料       | 備 考 |
|---------------|--------------|-----|
| サービス利用日の前々日まで | 無料           |     |
| サービス利用日の前日まで  | 無料           |     |
| サービス利用日の当日    | 利用者負担金の 100% |     |

## 7 サービス提供の記録内容及び保存年限等

事業者は、訪問介護サービス記録等の書面を作成した後、サービス提供の

日から5年間これを保存し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、または実費負担によりその写しを交付します。

## 8 当園のサービス方針等

介護保険法に従い、利用者本意を第一に考えて、ご利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るように支援することを目的として、訪問介護サービスを提供します。

## 9 緊急時等の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業者等に連絡します。

|       |                  |
|-------|------------------|
| 医療機関等 | 主治医等の氏名<br>連 絡 先 |
| 緊急連絡先 | 氏 名<br>連 絡 先     |

## 10 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

|               |                                                                                     |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 当園お客様相談<br>窓口 | 電話番号 0744-27-2424<br>FAX番号 0744-28-0965<br>(責任者) 河合恵子・阪本麻由子<br>対応時間 午前8時30分～午後6時30分 |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

|                         |                                                                                  |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 橿原市介護保険<br>相談窓口         | 所在地 橿原市八木町1丁目1番18号<br>電話番号 0744-22-4001<br>FAX番号 0744-24-9725<br>対応時間 9:00～17:00 |
| 奈良県国民健康保険<br>団体連合会(国保連) | 所在地 橿原市大久保町302-1<br>電話番号 0744-29-8311<br>FAX番号 0744-29-8322<br>利用時間 9:00～17:00   |

## 11 当法人の概要

