

## 訪問介護サービス重要事項説明書

令和8年4月1日現在

## 1 事業所（本社）の概要

名称・法人種別	(株)キャリアマッチングシステム富山
代表者名	代表取締役社長 鈴木良子
本社所在地・連絡先	富山県南砺市野口191-1 TEL 0763-62-3777 FAX 0763-62-3774

## 2 事業所の概要

## (1) 支援事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	となみケアサービス
所在地	富山県南砺市野口191-1
事業所指定番号	1672000039
サービス提供地域	南砺市旧城端区域

## (2) 事業所の職員体制

	職務の内容	人員数
管理者	従業員及び業務の管理を一元的に行う	1名 (兼務可能)
サービス提供責任者	指定訪問介護の利用申込みに係る調整、訪問介護計画の作成及び利用者への説明並びにサービス内容の管理を行う	1名以上 (利用者40名につき1名)
訪問介護員	介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員初任者研修修了者等の資格を有する訪問介護員が、訪問介護計画に基づき、身体介護及び生活援助その他日常生活上必要な援助を行う	2.5名以上 (常勤換算)

## 3 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	平日（月曜日～金曜日） ※営業時間外は電話転送により対応します。 ※年末年始12月30日から1月3日、夏期休暇8月14、15、16日、国民の祝祭日は除く
営業時間	午前9時から午後5時30分

## 4 サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日～日曜日
サービス提供時間	午前8時から午後6時 ※それ以外の時間帯は応相談

## 5 事業所であわせて実施するサービス

サービスの種類（介護保険指定番号）	サービスを提供する地域
居宅介護支援事業（1672000039）	南砺市旧城端区域
介護予防事業（1672000039）	南砺市旧城端区域

## 6 事業所の目的および運営の方針

事業の目的	要介護状態の高齢者に対し、適正な訪問介護サービスを提供する。
運営の方針	利用者の心身の特性をふまえて、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。 訪問介護サービスの実施に当たっては、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、総合的なサービスの提供に努める。

7 訪問介護サービスの内容および単位数（特定事業所加算Ⅰ）

【身体介護】				単位	【生活援助】				単位
身体介護	食事介助 ・ 入浴介助 ・ 清拭 ・ 排泄介助 ・ 体位変換 等	身体01	20分未満	196	生活援助	買物 ・ 調理 ・ 掃除 ・ 洗濯 等	生活2	20分以上 45分未満	215
		身体1	20分以上30分未満	293					
		身体2	30分以上1時間未満	464			生活3	45分以上	264
		身体3	1時間以上1時間30分未満	680					
		—	以降30分を増すごとに	+98					

【身体生活】				生活援助		単位
				生活 1	生活 2	
				20分以上 45分未満	45分以上 70分未満	
身体介護	身体1	20分以上 30分未満	371	449		
	身体2	30分以上 1時間未満	542	620		

【別途】		
早朝	6～8時	25%増
夜間	18～22時	
深夜	22時～6時	50%増

※利用料金は介護報酬改定に準ずるため、変更になる場合があります。

※2人の訪問介護員によるサービス提供の場合は上記基本料金の2倍の料金となります。

※各利用者の負担割合に応じた料金となります。

（市より交付の介護保険負担割合証の「利用者負担の割合」に記載されています。）

1	特定事業所 加算Ⅰ	所定 単位数 の20%	当事業所は厚生労働大臣の定める基準に適合しているものとして富山県知事に届出を行い、指定訪問介護を実施した場合には所定単位数に加算する 当該加算の要件として、24時間365日、利用者からの相談および緊急時の連絡に対応できる体制を整備している 夜間・早朝。休日においても、転送電話等により管理者またはサービス提供責任者が対応する体制を確保している
2	初回加算	200 単位/月	新規に訪問介護計画書を作成してサービス提供を行う場合、または初回のサービス提供を行った同月内に、サービス提供責任者がサービス提供を行う、もしくは他の訪問介護員等がサービス提供を行う際に同行訪問した場合に算定する
3	緊急時 訪問介護加算	100 単位/月	利用者またはその家族等からの要請を受け、サービス提供責任者が介護支援専門員と連携し、当該介護支援専門員が必要と認めた場合に、計画外で訪問介護員等が緊急にサービスを提供した場合に算定する
4	生活機能向上 連携加算	100 単位/月	リハビリテーション専門職と共同して利用者の身体状況等を評価し、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成した場合に算定する
5	中山間地域等 提供加算	所定 単位数の 5%	当事業所が、報酬算定要件に定める中山間地域等においてサービスを提供した場合に算定する
6	介護職員等処遇 改善加算Ⅰ	全合計 単位数の 24.5%	介護サービスに従事する介護職員等の賃金改善に充てることを目的として算定する

※介護保険からの給付サービスを利用する場合の料金は、利用者負担は上記単位数同等の金額です。

但し、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となり、上記単位数×10円となります。

## 8 その他の費用

ア	キャンセル料	利用者の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料を請求します 但し、入院、死亡等緊急の場合は除きます ①サービス開始24時間前までにご連絡があった場合：無料 ②24時間前までに連絡がなかった場合：利用料全額を保険外サービス費として請求
イ	複写物の費用	1枚につき実費を利用者負担となります（サービス実施記録等）
ウ	サービス実施のために使用する費用	利用者の負担となります（水道・ガス・電気・電話等）
エ	口座振替手数料	利用者の負担となります
オ	ICタグ再登録費用	利用者の負担となります
カ	通信費（切手代等）	請求書等を再発行し郵送する場合は、郵送にかかる実費（切手代相当額）をご負担いただくことがあります

※前記7,8の料金、費用のお支払は、毎月10日以降に月単位で請求書を発行します。所定の支払方法により翌月末日までにお支払いください。この場合、必ず領収書を発行します。

※正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払いの催告から2週間以内に支払いが無い場合にはサービス提供の中止または契約を解除することがあります。

## 9 担当する訪問介護員等の変更をご希望される場合の相談窓口について

本書17項のサービスの相談窓口にご連絡ください。

※担当する訪問介護員等の変更に関しては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もあります。

## 10 業務継続計画の策定等

- ①感染症及び災害に係る業務継続計画(BCP)を作成します。
- ②感染症及び災害に係る研修を定期的に行います。
- ③感染症及び災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

## 11 衛生管理等

- ①感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- ②感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- ③感染症の予防及びまん延防止のためのマニュアルを整備します。
- ④感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を実施します。
- ⑤訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ⑥事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

## 12 緊急時・事故発生時の対応

- ① 緊急時等は速やかな現場対応と連携連絡を基本とします。  
当事業所は特定事業所加算の算定要件に基づき、利用者及びその家族等からの連絡に対し、24時間連絡を受けられる体制を整えています。  
営業時間外においても、転送電話等により常時連絡を受け付け、必要に応じて管理者またはサービス提供責任者が対応します。
- ② 訪問介護サービス提供により事故が発生した場合は、利用者の家族や市町村、利用者が係る主治医及び居宅介護事業者等に連絡を行うと共に、事故の状況及び事故に際してとった処置を記録し賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

- ③ 訪問介護サービス提供中に利用者の容態に急変が生じた場合は、速やかに利用者の家族 及び主治医等に連絡します。

	氏 名	TEL	対応可能時間
主治医			: ~ :
ご家族等			: ~ :

### 13 虐待防止のための措置

- (1) 当事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、必要な措置を講じます。
- ① 虐待を防止するための委員会を設置します。
  - ② 虐待の防止のための指針を整備します。
  - ③ 当事業所の従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。
- (2) 当事業所は、サービス提供中に虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村へ通報します。

### 14 ハラスメント防止のための措置

- (1) 当事業所は、ハラスメントの発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。
- ① ハラスメントを防止するための従業者に対する研修を実施します
  - ② ハラスメントの防止のためのマニュアルを整備します
  - ③ 相談窓口を設置し、適切に対応します
- (2) 当事業所は、次のハラスメントを禁止します。
- ① 当事業所の従業者から利用者等に対する身体的・精神的ハラスメント
  - ② 利用者または家族等から当事業所の従業者に対する暴言・暴力・威嚇・過度な要求その他の迷惑行為
- (3) 利用者または家族等から当該事業所従業者に対して著しい迷惑行為や暴言・暴力等があった場合は、当事業所の従業者の安全確保のため、サービス中止または契約の解除を行うことがあります。

### 15 受動喫煙防止のための措置（喫煙に関する事項）

当事業所は、受動喫煙防止および当事業所の従業者の健康保護のため、訪問時の室内での喫煙は控えいただきますようお願いいたします。

ご協力いただけない場合は、サービス提供方法の変更等を行うことがあります。

### 16 サービス提供の中止について

次のいずれかに該当する場合には、サービスの全部又は一部を中止することがあります。

- ① 利用者の病状の急変等によりサービス提供が困難な場合
- ② 天災その他やむを得ない事由がある場合
- ③ その他、やむを得ない事情により契約の継続が困難と認められる場合

### 17 サービスの相談窓口

当事業所では、サービス提供に関する相談、緊急時の連絡について、営業時間外を含め24時間365日連絡可能な体制を確保しています。

夜間・早朝・休日等においては、転送電話等により管理者またはサービス提供責任者が対応します。

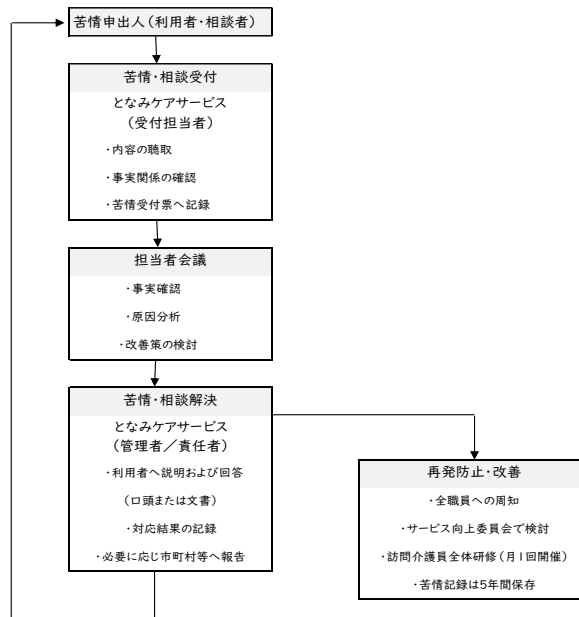
電 話 番 号	0763-62-3777（時間外は転送電話での対応）
窓 口 担 当 者	（すずき りょうこ） 鈴 木 良 子

※サービス提供時間とは異なります。

18 サービス内容に関する苦情の連絡先

となみケアサービス 相談窓口 (営業時間 9:00～17:30) 担当：尾田 慶子	所在地	富山県南砺市野口 191-1
	T E L	0763-62-3777
	F A X	0763-62-3774
南砺市地域包括支援センター	所在地	富山県南砺市北川 166-1
	T E L	0763-23-2034
	F A X	0763-82-4657
砺波地方介護保険組合	所在地	富山県砺波市栄町 7-3
	T E L	0763-34-8333
	F A X	0763-34-8334
	所在地	富山市下野字豆田 (県市町村館内) 995-3
国民健康保険団体連合会 介護保険班	T E L	076-431-9827
	F A X	076-431-9834
富山県福祉サービス運営適正化委員会	所在地	富山県富山市安住町 5-21
	T E L	076-432-3280

苦情処理の概要手順



※重大な事故・虐待等に該当する場合は速やかに市町村へ報告する

19 個人情報使用について

(1) 当事業者は個人情報の提供は必要最低限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。

(2) 当事業所は利用者およびその家族の個人情報の第三者への提供は、下記の範囲内とします。

○提供目的

- ・ 介護保険サービス提供のため必要な場合
- ・ 介護保険事務遂行のため必要な場合  
(審査支払機関への請求、明細書提出及び照会の回答等)
- ・ 生命、身体の保護のため必要な場合  
(災害時等において、安否確認情報を行政等に提供する場合等)

○提供する期間

- ・ 契約時からサービス終了日まで

## 20 提供するサービスの第三者評価実施状況

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施していません。

## 21 その他

- (1) 当事業所は、サービスの質の向上に努めます。
- (2) 当事業所はサービスの質の評価を行い、常にその改善を図るよう努力するとともに、介護技術の進歩に対応して適切な介護技術をもってサービスにあたります。
- (3) 当事業所はサービスの提供に当たっては、事前に分かりやすく説明します。
- (4) 当事業所は利用者のご自宅にお伺いし、サービスの提供をはじめる前に、利用者に対しサービス提供方法等についてわかりやすく説明します。

令和 年 月 日

訪問介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

[支援事業者] 所在地 富山県南砺市野口191-1  
 名称 (株)キャリアマッチングシステム富山  
**となみケアサービス**  
 (指定番号1672000039)  
 代表者名 代表取締役社長 **鈴木 良子**

[説明者] 氏名 \_\_\_\_\_

私は、契約書及び本書面により、支援事業者から重要事項の説明を受け、訪問介護サービスの提供開始に同意します。また、第19条に定める利用者の個人情報使用について同意します。

[利用者] 住所 富山県南砺市 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_

私は、利用者が身体の状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、利用者に代わってその署名を代筆いたします。

[代理人] 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ (利用者との関係)

私は、第19条に定める利用者家族等の個人情報使用について同意します。

[家族等] 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ (利用者との関係)