

重要事項説明書

1 事業の目的

ベストリハ株式会社が開設する「ベストリハ訪問介護ステーション」が行う、居宅介護サービス事業の適切な運営を確保する為に人員及び運営管理に関する事項を定め、障害者総合支援法にある障害者または障害児に対し、居宅介護事業を提供することを目的とします。

2 運営の方針

訪問介護ステーションの訪問介護従業者は、居宅介護に係る介護給付費の支給決定の有効期間認定を受けている者の心身の特性を踏まえて、可能な限りその居宅において状態の軽減又は悪化防止に資するように、療養上の目標を設定し支援します。事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の障害者自立支援事業所等と綿密な連絡を図り、総合的な保健・医療・福祉サービスの提供に努めるものとします。

訪問介護ステーションは必要な時に必要な居宅介護の提供が行えるよう、事業実施体制の整備に努めます。

3 訪問介護サービスを提供する法人の概要

| | |
|---------|----------------------------------|
| 法人名 | ベストリハ株式会社 |
| 法人格 | 営利法人 |
| 代表者氏名 | 代表取締役 渡邊 仁 |
| 本社所在地 | 〒110-0005 東京都台東区上野六丁目16番17 |
| 連絡先 | 電話:03-6284-4350 FAX:03-6284-4351 |
| 企業理念 | 『不自由な世界を変える』 |
| 他サービス種類 | 通所介護・訪問看護・児童発達支援等 |

4 利用者へのサービスを提供する事業所の概要

| | |
|---------|---|
| 事業所名 | ベストリハ訪問介護ステーション葛西 |
| 事業所番号 | 1312304684 |
| 事業所所在地 | 〒102-0084 東京都江戸川区東葛西6-5-16 セレクトハウス梅原102号 |
| 連絡先 | 電話:03-5878-1162 FAX:03-5878-1163 |
| 管理者 | 藤吾 このみ |
| 通常の実施地域 | 江戸川区、千葉県船橋市、市川市 |

5 提供する居宅サービス

(1) 身体介護

| | |
|-----------------|--|
| 排泄介助 | 排泄やオムツの交換を行います。 |
| 食事介助 | 食事の介助を行います。 |
| 更衣介助 | 衣服の介助を行います。 |
| 入浴・清拭介助 | 入浴や清拭(身体を拭く)介助を行います。 |
| 移動・移乗介助 体位交換 | ベッド⇄車椅子への移動移乗の介助や ベッド上での体制を変更する介助を行います。 |

(2) 家事援助

| | |
|----|-------------------------|
| 調理 | 利用者の食事の準備・片付けを行います。 |
| 洗濯 | 利用者の衣類当の洗濯を行います。 |
| 買物 | 利用者の日常生活に必要な物品の買物を行います。 |
| 清掃 | 利用者の居室の清掃や整理整頓を行います。 |

※契約者以外の方のサービス提供は致しかねますので、ご了承ください

6 事業所の営業日及び営業時間

| | | | |
|------|---------------------------|------------|-------|
| 営業日 | 月～金曜日 | 祝祭日 | 土・日曜日 |
| 営業時間 | 8:30～17:30 | 8:30～17:30 | 休み |
| 提供時間 | サービス提供は24時間365日提供可能な体制とする | | |

(注)12月30日～1月3日は「休み」となります。 ※電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とします

7 事業所の職員体制

| 職種 | 職務内容 | 人員数 | 常勤 | 非常勤 |
|-----------|-----------|--------|--------|-----|
| サービス提供責任者 | サービス提供の調整 | 1名以上 | 1名以上 | 0名 |
| 管理者 | 施設の管理 | 1名 | 1名 | 0名 |
| 居宅介護員 | サービスの提供 | 2.5名以上 | 2.5名以上 | 0名 |

*日勤…8:30～17:30 半日勤…8:30～12:30・13:30～17:30

8 サービス利用料(円)

別紙料金表を参照ください。

《利用者負担額の計算方法》 ※医療保険の場合
負担額＝単位数×(地域単価)×(自己負担割合)

9 サービス利用のキャンセル

指定訪問介護サービスの利用のキャンセルについては、利用者が前日17時までに事業者へに通知した場合、利用料等を負担する必要がありません。

| ご連絡を頂く時間 | キャンセル料 |
|------------------|------------------------|
| 当日、訪問までに連絡があった場合 | 1提供あたりの料金の10%を請求いたします |
| 当日、訪問までに連絡のない場合 | 1提供あたりの料金の100%を請求いたします |

※但し、利用者様の容態の急変などやむを得ない事情がある場合は不要です。

10 サービス利用料支払方法

自己負担金は、原則的にA自動口座引き落としにてお支払頂きますようお願いいたします
但し、やむを得ない事情がある場合につきましては、Bのお支払方法も受付いたします。

A.自動口座引き落とし

- ・ご指定の金融機関の口座から月1回、翌月所定の振替日(土日祝日の場合は翌銀行営業日)に引き落としにさせていただきます。
- ・口座引き落としの手続き完了までの期間及び医療保険上の事情により請求が遅れた場合や残高不足等の事情により口座振替が出来なかった場合の自己負担金については、Bの方法をお願いいたします。

B.現金払い(翌月10日前後にご請求をさせていただきます。)

11 事故発生時の対応

事故防止には最善を尽くします。万が一、事故が発生した場合は以下の点に留意して対応させていただきます。

- (1) 事故が発生した場合、予めお知らせいただいている「緊急連絡先」へ速やかに連絡します。また、必要に応じて地方公共団体など関係機関にも連絡します。
- (2) 事故を調査した結果に基づいて、ご家族等にその発生状況やその後の対応について事実を十分に説明します。
- (3) 事故後の対応にあたっては、ご利用者本人やご家族の気持ちを考え、誠意ある態度で対応します。
- (4) 利用者の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償します。但し、利用者に過失がある場合は、事業者は賠償責任を免除、または賠償額を減額されることがあります。

尚、事故発生後の再発防止については是正処置計画を立案し対策を講じます。

12 緊急時等の対応

事業者は、利用者に対するサービスの提供中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じます。

13 虐待防止等のための措置

(1) 虐待防止

本事業所では、従業者への虐待防止等の研修を実施します。虐待防止のための対策を検討する委員会として虐待防止委員会(年1回以上)を設置するとともに、委員会での検討結果を従業者に周知徹底します。
虐待防止委員会に係る委員長、責任者および委員の構成については、別紙にて記載します。

(2) 身体拘束等の適正化

本事業所では、身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由、その他必要な事項を記録します。身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的(年1回以上)に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
また、従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

14 感染症及び食中毒の発生及びまん延の防止

本事業所では、感染症及び食中毒の発生及びまん延の防止に努めるとともに、下記有効とされている予防対策を必要に応じて講じ、訪問サービスの提供に努めます。

- (1) 訪問時の手洗い(石鹸持参)、うがい、アルコール消毒(持参)
- (2) サービス中のマスクの着用(必要に応じてフェイスシールド等の着用)
- (3) 訪問中の定期的な換気

15 連帯保証人について

連帯保証人は、乙と連帯して本契約に基づく一切の責めを負います。

乙は、甲から連帯保証人の追加または変更の指示を受けた場合に於いては、遅滞なく必要な手続きを取らなければなりません。

甲、乙及び連帯保証人は、本契約から生ずる権利義務について、紛争を生じたときは、甲の住所を管轄する裁判所を第1審の裁判所とすることに合意します。

16 相談窓口、苦情対応

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。

| | | |
|-------------------|-------|---|
| 事業所 | 所在地 | 〒102-0084 東京都江戸川区東葛西6-5-16 セレクトハウス梅原102号 |
| ベストリハ訪問介護ステーション葛西 | 電話番号 | 03-5878-1162 |
| 管理者 | FAX番号 | 03-5878-1163 |
| 藤吾 このみ | 受付時間 | 8:30~17:30(月~金) |

当施設以外に、お住まいの市町村の相談・苦情窓口、国民健康保険団体連合会等でも受け付けています。

東京都国民健康保険団体連合会

TEL: 03-6238-0177

江戸川区社会福祉協議会 苦情解決委員会事務局

TEL: 03-3653-6275、03-5662-7214

千葉県国民健康保険団体連合会

TEL: 043-254-7428

船橋市福祉サービス部 障害福祉課 相談支援係

TEL: 047-436-2343

市川市福祉部 障がい者支援課 相談グループ

TEL: 047-712-8517

【2024年8月1日現在】

ベストリハ訪問介護ステーション葛西 自己負担料金表

江戸川区 1級地 地域単価 11.2 単位(円)

1.基本料金表(1回の居宅介護の利用料)

| 項目 | 時間 | 基本単位 | 料金 | | | |
|------|--------------|------|-------|------|-------|-------|
| | | | 基本料金 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 身体介護 | 30分未満 | 256 | 2,867 | 287 | 574 | 861 |
| | 30分以上60分未満 | 404 | 4,524 | 453 | 905 | 1,358 |
| | 60分以上90分未満 | 587 | 6,574 | 658 | 1,315 | 1,973 |
| | 90分以上120分未満 | 669 | 7,492 | 750 | 1,499 | 2,248 |
| | 120分以上150分未満 | 754 | 8,444 | 845 | 1,689 | 2,534 |
| | 150分以上180分未満 | 837 | 9,374 | 938 | 1,875 | 2,813 |
| | 以降30分毎 | 83 | 929 | 93 | 186 | 279 |
| 家事援助 | 30分未満 | 106 | 1,187 | 119 | 238 | 357 |
| | 30分以上45分未満 | 153 | 1,713 | 172 | 343 | 514 |
| | 45分以上60分未満 | 197 | 2,206 | 221 | 442 | 662 |
| | 60分以上75分未満 | 239 | 2,676 | 268 | 536 | 803 |
| | 75分以上90分未満 | 275 | 3,080 | 308 | 616 | 924 |
| | 90分 | 311 | 3,483 | 349 | 697 | 1,045 |
| | 90分以降15分毎 | 35 | 392 | 40 | 79 | 118 |

※1ヶ月のご利用料金は、利用合計単位数×(地域単価)の計算となります

但し、1円未満の端数処理の都合上、多少の誤差が生じる場合があります

※医療保険を利用する場合は、負担割合証に応じてご利用者様の負担額が決まります

但し、医療保険の範囲を超えたサービス利用は、全額自己負担になります

2.加算・割増料金(状況・要望に応じて変動する利用料)

| 項目 | | (単位数) | 利用料 | | | |
|--------|-------|-------|-------|------|------|------|
| | | | 基本料金 | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 初回加算※1 | 1月につき | 200 | 2,240 | 224 | 448 | 672 |

※1 サービス提供責任者が(訪問介護職員に同行した場合も含む)が初回もしくは初回の月にサービスを行った場合

| 項目 | 加算区分 | 処遇改善加算の単位数 | 利用料 (10割分) |
|--------------|------|------------------------------|------------------|
| 福祉・介護職員等処遇改善 | (Ⅰ) | 総単位数×41.7% ※1単位未満の端数は四捨五入 | 左の単位数× 1単位の単価 |
| 福祉・介護職員等処遇改善 | (Ⅱ) | 総単位数×40.2% ※1単位未満の端数は四捨五入 | 左の単位数× 1単位の単価 |
| 福祉・介護職員等処遇改善 | (Ⅲ) | 総単位数×34.7% ※1単位未満の端数は四捨五入 | 左の単位数× 1単位の単価 |
| 福祉・介護職員等処遇改善 | (Ⅳ) | 総単位数×27.3% ※2単位未満の端数は四捨五入 | 左の単位数× 1単位の単価 |

| 項目 | 単位数または割合 | 内容 |
|---------|-------------|----------------------------------|
| 夜間、早朝料金 | 所定単位数の25%増 | 夜間(18-22時)、早朝(6-8時)に訪問した場合 |
| 深夜料金 | 所定単位数の50%増 | 深夜(22-6時)に訪問した場合 |
| 2人訪問 | 所定単位数の200%増 | やむを得ない事情等により、利用者様の同意を得て2人で訪問した場合 |

3.その他の費用(保険適用外の料金)

| 項目 | 料金 | 内容 |
|--------|----------------|------------------|
| キャンセル料 | 1提供あたりの料金の10% | 当日、訪問までに連絡があった場合 |
| | 1提供あたりの料金の100% | 当日、訪問までに連絡がない場合 |