

アップルケア（訪問介護事業所）重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(事業所番号 2070101742))

当事業所はご契約者に対して指定訪問介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の体制	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	2
6. サービスの利用に関する留意事項	6
7. 苦情の受付について	7

1. 事業者

- (1) 法人名 株式会社アップルケア
- (2) 法人所在地 長野市松代町西寺尾字上高相 1047-1
- (3) 電話番号 026-278-3690
- (4) 代表者氏名 代表取締役 白土英男
- (5) 設立年月 平成 13 年 5 月 15 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定訪問介護事業所・平成 20 年 8 月 1 日指定
- (2) 事業の目的 要介護者が居宅での生活を継続する上で必要な介護を提供する

- (3) 事業所の名称 アップルケア・平成 20 年 8 月 1 日
- (4) 事業所の所在地 長野市松代町西寺尾字上高相 1047-1
- (5) 電話番号 026-278-3690
- (6) 管理者氏名 白土英男
- (7) 当事業所の運営方針 高齢になっても、病気・障害があっても居宅においてその人らしい穏やかな生活が送れるよう援助いたします
- (8) 開設年月 平成 20 年 8 月 1 日
- (9) 事業所が行っている他の業務

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

[介護予防訪問介護]	平成 20 年 8 月 1 日指定	事業所番号 2070101742
[通所介護]	平成 16 年 6 月 1 日指定	事業所番号 2070102070
[介護予防通所介護]	平成 18 年 4 月 1 日指定	事業所番号 2070102070
[介護福祉用具のレンタル]	平成 13 年 12 月 16 日指定	事業所番号 2070101197
[介護予防福祉用具のレンタル]	平成 18 年 4 月 1 日指定	事業所番号 2070101197
[居宅介護支援事業]	平成 15 年 11 月 1 日指定	事業所番号 2070101742
[サービス付き高齢者向け住宅]	平成 20 年 8 月 1 日開所	

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 長野市
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	1 月 1 日より 12 月 31 日まで（休業日はありません）		
受付時間	月～日曜日	9 時～17 時	
サービス提供時間帯	月～日曜日	7 時～19 時	（夜間のご利用もできます）

4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して指定訪問介護サービス及び指定介護予防訪問介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

管理者 1 名以上 事業所の管理運営

サービス提供責任者 2 名以上 サービス計画の作成と業務調整

訪問介護員 2 名以上 訪問介護業務

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者のご家庭に訪問し、サービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合

(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の9割（または8割、7割）が介護保険から給付されます。自己負担額は1割、2割または3割。（御利用者の所得状況による。）

＜サービスの概要と利用料金＞

○身体介護

入浴・排せつ・食事等の介護を行います。

○生活援助

調理・洗濯・掃除・買い物等日常生活上の世話をを行います。

☆ご契約者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は、居宅サービス計画（ケアプラン）がある場合には、それを踏まえた訪問介護計画に定められます。

① 身体介護

○入浴介助

…入浴の介助又は、入浴が困難な方は体を拭く（清拭）などします。

○排せつ介助

…排せつの介助、おむつ交換を行います。

○食事介助

…食事の介助を行います。

○体位変換

…体位の変換を行います。

○通院介助

…通院の介助を行います。

② 生活援助

○調理

…ご契約者の食事の用意を行います。（ご家族分の調理は行いません。）

○洗濯

…ご契約者の衣類等の洗濯を行います。（ご家族分の洗濯は行いません。）

○掃除

…ご契約者の居室の掃除を行います。（ご契約者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除は行いません。）

○買い物

…ご契約者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。（預金・貯金の引き出しや預け入れは行いません。）

＜サービス利用料金＞

それぞれのサービスについて、平常の時間帯（午前 8 時から午後 6 時）での料金は次の通りです。（令和 6 年 6 月 1 日現在）

	サービスに要する時間	20 分未満	20 分以上 30 分未満	30 分以上 1 時間未満
身体介護	単位数	163 単位	244 単位	387 単位
生活援助	サービスに要する時間		20 分以上 45 分未満	45 分以上
	単位数		179 単位	220 単位

介護職員処遇改善加算 利用単位の 24.5%

長野市の利用料金のご利用単位に 10.21 を乗じた金額となります。

サービス付き高齢者向け住宅にお住まいの方は 12%の減額がございました。

☆「サービスに要する時間」は、そのサービスを実施するために国で定められた標準的な所要時間です。

☆上記サービスの利用料金は、実際にサービスに要した時間ではなく、訪問介護計画に基づき決定されたサービス内容を行うために標準的に必要となる時間に基づいて、介護給付費体系により計算されます。

☆平常の時間帯（午前 8 時から午後 6 時）以外の時間帯でサービスを行う場合には、次の割合で利用料金に割増料金が加算されます。割増料金は、介護保険の支給限度額の範囲内であれば、介護保険給付の対象となります。

- ・夜間（午後 6 時から午後 10 時まで）：25%
- ・早朝（午前 6 時から 8 時まで）：25%
- ・深夜（午後 10 時から午前 6 時まで）：50%

☆2人の訪問介護員が共同でサービスを行う必要がある場合*は、ご契約者の同意の上で、通常の利用料金の2倍の料金をいただきます。

＊2人の訪問看護員でサービスを行う場合（例）

- ・体重の重い方に対する入浴介助等の重介護サービスを行う場合
- ・暴力行為などが見られる方へサービスを行う場合

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

介護保険給付の支給限度額を超える訪問介護サービス

☆介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

料金についてはお尋ね下さい。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

（３）交通費

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。

（４）利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求し翌月25日に自動振り替えとなります。（1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

金融機関口座からの自動引き落とし 全国ほとんどの金融機関でご利用可能です

（５）利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、訪問介護サービスの利用を中止、変更、又

は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出てください。

- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	自己負担相当額

- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問介護員の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。

ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

(2) 訪問介護員の交替

①ご契約者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。ただし、ご契約者から特定の訪問介護員の指名はできません。

②事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。

訪問介護員を交替する場合は契約者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

(3) サービス実施時の留意事項

①定められた業務以外の禁止

契約者は「5. 当事業所が提供するサービス」で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

②訪問介護サービスの実施に関する指示・命令

訪問介護サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、事業者は訪問介護サービスの実施にあたって契約者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

③備品等の使用

訪問介護サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させてい

たきます。

(4) サービス内容の変更

サービス利用当日に、ご契約者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

(5) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、ご契約者に対する訪問介護サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ① 医療行為
- ② ご契約者もしくはその家族等からの金銭又は高価な物品の授受
- ③ ご契約者の家族等に対する訪問介護サービスの提供
- ④ 飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙
- ⑤ ご契約者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑥ その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

(6) サービス提供責任者

サービス提供責任者は利用者からのサービス利用申込みに関する調整や訪問介護計画の作成などはじめ、次のような業務を担当します。利用にあたって疑問点やご心配な点、サービス内容を変更したい時には、サービス提供責任者にお気軽にお尋ねください。(担当の訪問介護員に直接お話しくださってもかまいません。)

＜サービス提供責任者の業務＞

- ① 訪問介護サービスの利用の申込みに関する調整
- ② 利用者の状態の変化やサービスに関する意向の定期的な把握
- ③ 居宅介護支援事業者等との連携（サービス担当者会議への出席など）
- ④ 訪問介護員への援助目標、援助内容に関する指示
- ⑤ 訪問介護員の業務の実施状況の把握
- ⑥ 訪問介護員の業務管理
- ⑥ 訪問介護員の研修、技術指導
- ⑦ その他サービスの内容の管理について必要な業務

7. 苦情の受付について

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者） 白土英男

〔職名〕 管理者

○受付時間 毎週月曜日～土曜日

9 : 00～17 : 00

(2) 行政機関その他苦情受付機関

☆長野市相談窓口☆

電話番号：026-224-7871 担当部署：介護保険課
(受付 月～金曜日。8 : 30～17 : 15)

☆国民健康保険団体連合会☆

電話番号：026-238-1580 担当部署：苦情受付窓口
(受付 月～金曜日。9 : 00～17 : 00)

8. 緊急時の対応について

緊急事態が発生した場合、訪問介護員は事業所管理者に連絡を取り、ご家族、医療機関と連携して事態に対処いたします。ご家族と連絡が取れない場合は、事前にお聞きしているご家族のご希望をふまえ、主治医と相談の上事態に対処いたしますので、事後報告になる場合がございます。またご家族の方が緊急事態の発生に伴い事業所に連絡をくださる場合は下記連絡先にお電話をお願いいたします。

緊急事態時連絡先

事業所電話番号：026-278-3690 (365 日 24 時間対応)

- ・ 9. 第三者評価の有無 無

令和 年 月 日

指定訪問介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

アップルケア

説明者職名 管理者

氏名 白土英男

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定訪問介護サービスの提供開始に同意しました。

住所

氏名

印