

重 要 事 項 説 明 書

訪 問 介 護

1. 訪問介護サービスの目的

要支援・要介護状態にある御利用者様に対し、介護保険法で定めるサービスを提供し、利用者様が有する能力に応じて可能な限り在宅において自立した生活を営む事が出来る様に支援いたします。

2. 会社概要

- | | |
|---------|--|
| ① 法人名 | 有限会社 ラスター |
| ② 所在地 | 広島県呉市広本町三丁目1番32号ー201 |
| ③ 電話 | (0823) 36ー7281 |
| ④ F A X | (0823) 36ー7282 |
| ⑤ 代表者 | 松 井 小 路 |
| ⑥ 設 立 | 平成16年 9 月10日 |
| ⑦ 事業内容 | 訪問介護（介護保険）、日常生活支援総合事業
居宅介護、重度訪問介護、移動支援（地域支援）
訪問看護、居宅介護支援 |

3. 事業所概要

別表1に記載する。

4. サービス内容（介護保険で定められた内容に限られる）

・ 身体介護

入浴介助・・・自宅の風呂で入浴・洗髪・体洗い・入浴に順に介助、イス・手すり・滑り止めマットを利用して安全、快適に入浴介助をします。

排泄介助・・・自宅便所への介助・ポータブルトイレでの介助・オムツ交換・陰部洗浄の介助をします。

食事介助・・・食事の時ベッドから食卓への移動、呑み込みの悪い利用者には時間をかけゆっくり食事介助をします。

体位変換・・・床ずれ防止に体の向きを変える、痰の出やすい体位にします

清 拭・・・体調が悪く入浴出来ない時、ベッド上で顔・手・体・足を温かいお湯で拭きます

整容介助・・・整髪・朝の着替え、汗をかいた後の着替え、寝る前の着替えの介助をします

移動介助・・・トイレに行く時、転倒しない様に介助、かかりつけ医への定期的な受診の付添いをします。

・ 生活介助

調理・・・御利用者の食事

(普通食の調理・柔らかい食の調理・トロミを加えた調理)

洗濯・・・御利用者の衣類・シーツ等

掃除・・・御利用者の寝起きする部屋（トイレ・風呂・ゴミ出し）

買物・・・御利用者の日常生活に必要な物（買い物代行※趣向品購入、複数店舗への代行については不可）

※ 介護サービスは御利用者を対象者とした事に限らせて頂きます

出来ないサービス { 庭掃除・植木の水やり・犬の散歩・普段は使わない部屋の掃除・骨董品、調度品の掃除・窓ガラスとサッシの掃除・仏壇の掃除・訪問者の接待・部屋の模様替え
年末の買物・大掃除・行事用の濃厚調理・家具の移動・廊下、階段のワックス掛け
家族部屋の掃除・家族の食事準備・家族の衣類洗濯、食器洗い・家族用の買物

5. 訪問介護員

- ・ 訪問介護員とは、利用者様に介護サービスを提供する訪問介護事業所ラスター（以下ラスターと称する）の職員であり、サービス提供責任者も該当します。
- ・ 利用者様の担当になる職員は複数名用意いたします。選任はラスターが行い利用者様は職員を指定することができません。
- ・ 利用者様の担当職員変更を希望される場合は、業務上不適当と判断した理由を明確にして事業所までお申し出ください。

※業務上不適当と判断される事由が無い場合、変更いたしかねる事もあります。

6. 事業の実施地域

呉市（倉橋町、豊浜町、豊町は除く。）、東広島市黒瀬地区、安芸郡熊野町

7. 営業日と営業時間

- ・ 月曜日～日曜日迄（9：00～18：00）
- ・ 8／14～16日及び12／30～1／3は休業日となります。

8. 利用料金等

- ・ 訪問介護利用料は別表2の通りです。
- ・ 通常の事業の実施地域を越えて行う居宅介護等に要した交通費は、通常の事業の実施地域を越えた地点からその実費をお支払いいただきます。自動車を使用した場合は、通常実施地域を越えた地点から路程1キロメートル当たり25円を交通費として実費を負担していただき、また、船舶・有料道路等は別途実費を負担していただきます。

9. 相談・苦情の窓口（様式1）

窓口・・・ラスター担当者（麓 治美）月曜～日曜
受付時間 9：00～18：00
連絡先（0823）76—4939
連携機関・・・呉市介護保険課（0823）25—2626
東広島市介護保険課（082）420—0937
安芸郡熊野町高齢者支援課（082）820—5605
広島県国保連合会
介護福祉課（082）554—0782

10. 緊急時の連絡方法（様式2）

- ・ サービス担当の職員により、予め確認をさせていただきます。
介護員 → 救急車及び医療連携機関（かかりつけ医・訪問看護師等）
→ 担当ケアマネージャー及び家族
- ・ 事故発生時・・・速やかに事業所に連絡を行う。
担当ケアマネージャーに連絡を行う

11. 虐待防止のための対応措置

- ・ 御利用者の人権擁護、虐待防止のために事業所の整備をおこなうとともに介護員に対し研修を実施する等の措置を講じます。

12. 秘密の保持

- ・ サービスを提供する事で知り得た利用者様、御家族様の秘密を保持し漏らしません。

13. キャンセル料金

- ・ 指定期日までにサービス利用の中止の申し出がなかった場合には、利用者様にはラスターにキャンセル料金を支払って頂きます。

※体調や容態の急変など、やむを得ない事情がある場合のキャンセル料は不要とします。

キャンセルの期日	料 金
前日の18時まで	不 要
前日の18時以降及び当日	一律 1,000 円

1 4. その他

- ・ 事業所が契約に反する事が無い限り 3 日以上予告期間を設けることにより事業者に対しいつでもこの契約の解約を申し出ることができます。
- ・ 利用者様が、故意又は重大な過失により事業者又は訪問介護員の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい迷惑行為及び背任行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせたばあい、本契約を終了させていただくことがあります。
- ・ 契約が終了する場合には、事業者は御利用者の心身の状況、置かれている環境を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

(別表 1)

訪 問 介 護

訪問介護サービスを提供する事業所（以下、サービス事業所とする）

サービス事業所概要

名 称	訪問介護事業所 ラスター			
所 在 地	広島県呉市広本町三丁目 1 番 3 2 号－1 0 1			
電 話	(0 8 2 3) 7 6－4 9 3 9			
F A X	(0 8 2 3) 7 6－4 9 0 1			
設 立	平成 1 6 年 1 1 月			
事業番号	3 4 7 0 5 0 1 8 8 7			
職 員 体 制	常 勤	非 常 勤	計	資 格 等
管 理 者	1 名		1 名	介護福祉士
サービス提供責任者	1 名		1 名	介護福祉士
訪問介護員	2 名	6 名	8 名	介護福祉士
訪問介護員		2 名	2 名	初任者研修・ 看護師含む

令和 7 年 8 月 1 日現在

(別表2)

訪 問 介 護

○基本利用料金（令和6年4月1日より）

身体介護	サービス時間	1割	2割	3割	生活介護	サービス時間	1割	2割	3割
	30分未満	268円	536円	804円					
	60分未満	426円	852円	1,278円		45分未満	197円	394円	591円
	90分未満	624円	1,248円	1,872円		45分以上	242円	484円	726円
	120分未満	714円	1,428円	2,142円					

身 体 生 活							
サービス時間	1割	2割	3割	サービス時間	1割	2割	3割
身体1生活1	340円	680円	1,020円	身体2生活1	497円	994円	1,491円
身体1生活2	411円	822円	1,233円	身体2生活2	569円	1,138円	1,707円
身体1生活3	483円	966円	1,449円	身体2生活3	640円	1,280円	1,920円
身体3生活1	695円	1,390円	2,085円	身体4生活1	785円	1,570円	2,355円
身体3生活2	767円	1,534円	2,301円	身体4生活2	857円	1,714円	2,571円
身体3生活3	838円	1,676円	2,514円	身体4生活3	928円	1,856円	2,784円

○加算料金

初回加算（※初回のみ）	200円（1割の場合） ※各々の負担割合の金額
緊急時訪問介護加算 ※緊急の要請より24時間以内	100円（1割の場合）／1回 ※各々の負担割合の金額
口腔連携加算（※月1回、1回につき）	50円（1割の場合） ※各々の負担割合の金額
生活機能向上連携加算（Ⅰ）（※月1回）	100円（1割の場合） ※各々の負担割合の金額
生活機能向上連携加算（Ⅱ）（※月1回）	200円（1割の場合） ※各々の負担割合の金額

(別表2)

介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数×24.5%の 各々の負担割合の金額
--------------	----------------------------

※令和6年6月1日より

○時間外加算

6:00～8:00	早朝25%加算
18:00～22:00	夜間25%加算
22:00～6:00	深夜50%加算

※基本利用料金は特定事業所加算Ⅱ（基本単位数に10%加算）も含んだ介護保険自己負担料金です。

※介護サービス料が支給限度額を超えた場合は自己負担となります。

訪問介護サービス利用説明に関する契約同意書

有限会社ラスターは、重要事項説明書に基づいて、訪問介護サービスの内容及び重要事項の説明を行いました。

本書交付を証するため、本書を2通作成し、有限会社ラスター、御利用者（またはその代理人）は、記名捺印の上、各1通を保管するものとします。

令和 年 月 日

住 所 広島県呉市広本町三丁目1番32号-201
事業者（法人）名 有限会社ラスター
事業所名 訪問介護事業所ラスター
(事業所番号) 3470501887
代表者名 松井 小路 印

説明者氏名 _____ 印

私は、重要事項説明書に基づいて、訪問介護サービス等の内容、キャンセル料金及び重要事項説明を受けた内容について同意のうえ、交付を受けました。

御利用者様 住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 () —

ご家族様 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人（御利用者さまとの続柄： _____）

住所 _____

氏名 _____ 印

☐ 立会人

☐ 署名代行人（該当するものにチェック）

住所 _____

氏名 _____ 印