

指定訪問介護重要事項説明書

【令和7年 9月 1日 改定】

1 訪問介護事業者（法人）の概要

事業所名	株式会社 ReAND
代表者名	大川 奈緒美
所在地	福岡県朝倉市甘木 1785-1 201
電話番号	0946-23-9960
F A X 番号	0946-23-9961
事業所番号	

2 事業所の概要

(1) 事業所名称および事業所番号

事業所名	訪問介護リアンド甘木+
管理者	西津 輝
所在地	福岡県朝倉市甘木 1785-1 201
電話番号	0946-23-9960
F A X 番号	0946-23-9961
サービスを提供できる地域※1	朝倉市、筑前町、うきは市、大刀洗町、久留米市、筑紫野市、小郡市 ※2 実施除外地域あり

※1 上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

※2 朝倉市（旧高木村、旧上秋月村、旧秋月村、旧松末村、旧杷木町、旧朝倉町）、筑前町（三箇山）、久留米市（旧水縄村）、うきは市（旧姫治村、旧浮羽村）、筑紫野市（平等寺、上西山、本道寺、柚須原、香園）

(2) 当事業所の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	介護福祉士	1名		あり	1名	介護従業者及び業務の管理
サービス提供責任者	介護福祉士	1名		あり	1名	訪問介護計画の作成
介護員		1名以上	1名以上	なし	2名以上	訪問介護の業務にあたる

※勤務時間・・・8：30～17：30

(3) サービスの提供時間

	通常時間帯 8:30～17:30	早 朝 6:00～8:30	夜 間 18:00～22:00	深 夜 22:00～6:00
平日	○	○	○	○
土曜・日曜・祝日	○	○	○	○

3 当事業所の訪問介護の特徴等

(1) 運営の方針

利用者の有する能力に応じて可能な限り自立した生活を営むことが出来るように目標を設定し、適切な介護技術をもって計画的に訪問介護を行います。

また、自らその提供する指定訪問介護の質の評価を行い、常にサービスの改善を図ります。

(2) サービス利用のために

事 項	備 考
介護員等の変更	変更を希望される方はお申し出ください
従業員への研修の実施	月 1 回 実務者研修を実施しています

4 サービスの内容（介護保険給付対象サービス）

(1) 身体介護中心

- ① 利用者の身体に直接接触して行う介護とその準備、後始末
- ② 利用者の日常を営むのに必要な機能向上のための介助
- ③ 専門的な介護

(2) 生活援助中心

- ① 調理、洗濯、掃除等、援助を受けなければ日常生活に支障が生じる家事。
※なお食材、光熱水費、洗剤その他の経費は、利用者負担となります。
- ② 認知症の介護（認知症に対する介護相談・コミュニケーションの援助）
- ③ 介護者の相談（介護疲れサポート）

5 利用料金

利用料について介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割が利用者の負担額となります。利用者の負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

【利用料－基本料金・昼間－】

(1回につきの料金)

介護職員が行う訪問介護	(1)20分未満	(2)20分以上 30分未満	(3)30分以上 1時間未満	(4)1時間以上 1時間30分未満
身体介護	163円	244円	387円	567円
	1時間以上 (567円に30分を増すごとに+82円)			
生活援助	(1)20分以上 45分未満		(2)45分以上	
	179円		220円	

(1割負担の場合)

- ※1 基本料金に対してサービスの提供開始時間が早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）帯のときは25%増し、深夜（午後10時～午前6時）帯は50%増しとなります。
- ※2 上記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、利用者のケアプランに定められた時間を基準とします。
- ※3 **初回加算 月に1回200円（1割の場合）**
新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して訪問介護を提供した場合加算させていただきます。
- ※4 身体介護の(2)～(4)に引き続き生活援助を行った場合、所要時間が20分から起算して25分増すごとに+65円（195円を限度）
- ※5 2人の訪問介護員等による場合、利用料金は2倍となります。
- ※6 **緊急時訪問介護加算 1回 100円（1割の場合）**
利用者やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネージャーと連携を図り、ケアマネージャーが必要と認めた時に、サービス提供責任者又はその他の訪問介護員等が居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を緊急に行った場合。

その他

ア 利用者の住まいでサービスを提供するために使用する水道、ガス、電気等の費用は利用者の負担になります。

イ おむつ類、ガーゼ等必要医療備品等は、全て利用者の負担とさせていただきます。

ウ 料金の支払方法

毎月月末で締め、翌月の10日に請求書を発行致します。お支払い方法は毎月20日の口座引落となります。入金確認後、領収書を発行致します。なお、3ヶ月滞納されますとサービスが利用できなくなる場合もございます。

6 サービスの利用方法

- (1) サービスの利用開始

お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いたします。

※ 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員にご相談ください。

(2) サービスの終了

ア 利用者の都合でサービスを終了する場合サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。

イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合、終了30日前に書面で通知します。

ウ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

(ア) 利用者が介護保険施設に入所した場合

(イ) 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合（介護保険給付費でのサービスは受けられませんので、ご相談ください。）

(ウ) 利用者が亡くなられた場合

エ その他

利用者やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、書面で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

7 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所のお客様相談・苦情窓口

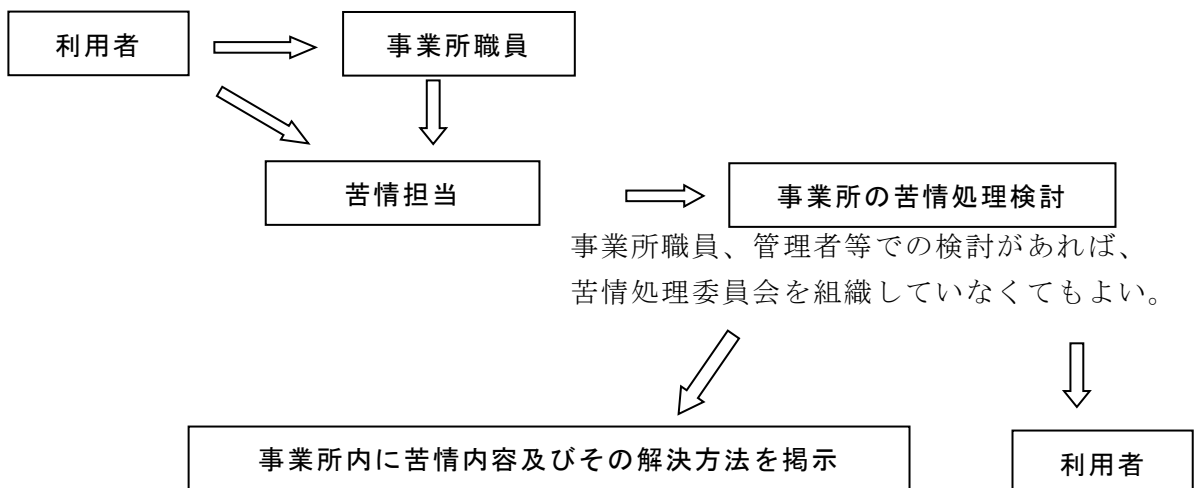
担当者 西津 輝

電話 0946-23-9960 FAX 0946-23-9961

受付日 年中（ただし、日曜日及び12月31日～1月3日を除く）

受付時間 午前9時00分～午後5時00分

(2) 苦情処理フロー



(3) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び福岡県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

公的機関の相談窓口

福岡県国民健康保険団体連合会介護保険相談窓口 092-642-7859

朝倉市介護保険課 0946-22-1111

筑前町福祉課 0946-24-8763

大刀洗町福祉課 0942-77-2266

久留米市健康福祉部介護保険課 0942-30-9205

うきは市保険課 0943-75-4963

小郡市介護保険課 0942-72-2111

福岡県介護保険広域連合朝倉支部 0946-21-8021

福岡県介護保険広域連合うきは、大刀洗支部 0943-74-5355

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治医	病院名		
	所在地		
	氏名		
	電話番号		
ご家族	氏名	続柄	
	連絡先		
	電話番号		

9 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際しておこなった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償いたします。

10 秘密の保持について

当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。

事業者では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等必要がある場合に限り、あらかじめ書面による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。

11 虐待の防止について

当事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ・ 成年後見制度の利用を支援します。
- ・ 苦情解決体制を整備しています。
- ・ 従業者に対する虐待防止を啓発、普及するための研修を実施しています。

12 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施の有無	有 ・ 無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	有 ・ 無

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、訪問介護のサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 住所 福岡県朝倉市甘木 1785-1 201
事業者名 株式会社 ReAND
代表者名 大川 奈緒美
事業所名 訪問介護リアンド甘木+
(事業所番号)
管理者名 西津 輝

説明者 職名
氏名

私は、重要事項説明書に基づいて説明を受け、訪問介護のサービス内容及び重要事項の内容に同意します。

令和 年 月 日

利用者	住所
	氏名
	代筆者

代理人（選定した場合）	住所
	氏名

利用者家族代表	住所
	氏名

身元保証人	住所
	氏名