

# 重要事項説明書

(総合事業)

利用者

様

【事業者】株式会社 BISSUSS  
訪問介護ステーション HIBISU 伊丹



## 介護予防・日常生活支援総合事業

### 第1号訪問事業（訪問型サービス）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

#### 1. 事業者（法人）の概要

|            |                          |
|------------|--------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 株式会社 BISCUS              |
| 主たる事務所の所在地 | 大阪府大阪市中央区南船場1-11-9長堀安田ビル |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役 森屋和紀               |
| 設 立 年 月 日  | 平成27年9月29日               |
| 電 話 番 号    | 06-4705-1020             |

#### 2. ご利用事業所の概要

|               |                                  |            |
|---------------|----------------------------------|------------|
| ご利用事業所の名称     | 訪問介護ステーションHIBISU伊丹               |            |
| サ ー ビ ス の 種 類 | 第1号訪問事業 訪問型サービス                  |            |
| 事 業 所 の 所 在 地 | 〒664-0858 伊丹市西台2-4-17 メゾンコプロス203 |            |
| 電 話 番 号       | 072-767-7974                     |            |
| 指定年月日・事業所番号   | 2021年8月31日指定                     | 2873303784 |
| 事 業 の 実 施 地 域 | 伊丹市                              |            |

#### 3. 事業の目的と運営の方針

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | 要支援状態等にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、第1号訪問事業（緩和した基準による訪問サービス）を提供することを目的とします。              |
| 運営の方針 | 事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。 |

#### 4. 提供するサービスの内容

第1号訪問事業（緩和した基準による訪問サービス）は、事業者が派遣する訪問介護員が利用者の居宅を訪問し、入浴・排泄・食事などの身体介護、掃除・洗濯・買い物などの日常生活援助を行います。これにより、利用者が住み慣れた地域で自立した生活を継続できるよう支援し、心身機能の維持・向上を図ります。

## 5. 営業日時

|          |  |
|----------|--|
| 営業日      | 月曜日から金曜日まで<br>ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。 |
| 営業時間     | 午前9時00分から午後18時00分まで  |
| サービス提供時間 | サービスの提供は、365日、24時間行う。  |

## 6. 事業所の職員体制

| 従業者の職種        | 勤務の形態・人数       |
|---------------|----------------|
| 管理者兼サービス提供責任者 | 常勤 1人、 非常勤 0人  |
| サービス提供責任者     | 常勤 2人、 非常勤 1人  |
| ヘルパー          | 常勤 19人、 非常勤 7人 |
| 事務員           | 常勤 2人、 非常勤 1人  |

## 7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

|          |             |
|----------|-------------|
| 管理責任者の氏名 | 管 理 者 前田 直子 |
|----------|-------------|

## 8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に記載のとおり基本利用料の1割又は2割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

### （１）第１号訪問事業（緩和した基準による訪問サービス）の利用料

#### 【基本部分】

| 利用者の要介護度  | 基本利用料                           | 利用者負担<br>(1割) | 利用者負担<br>(2割) |
|-----------|---------------------------------|---------------|---------------|
| 事業対象者要支援1 | 13,980円／月                       | 1,398円        | 2,796円        |
| 事業対象者要支援2 | 28,660円／月                       | 2,866円        | 5,732円        |
| 事業対象者要支援1 | 3,210円／回<br>(1月の中で全部で4回までのサービス) | 321円          | 642円          |
| 事業対象者要支援2 | 3,300円／回<br>(1月の中で全部で8回までのサービス) | 330円          | 660円          |

上記の基本利用料は、伊丹市が定める金額です。なお、金額の改定があった場合は、事前に新しい基本料金表を書面でお知らせします。

## 【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

| 加算の種類                | 加算の要件（概要）                       |                    | 加算額    |               |               |
|----------------------|---------------------------------|--------------------|--------|---------------|---------------|
|                      |                                 |                    | 基本利用料  | 利用者負担<br>(1割) | 利用者負担<br>(2割) |
| サービス提供体制<br>強化加算（Ⅰ）イ | 別に厚生労働大臣が定<br>める基準に適合してい<br>る場合 | 要支援1               | 720円   | 72円           | 142円          |
|                      |                                 | 要支援2               | 1,440円 | 144円          | 288円          |
| サービス提供体制<br>強化加算（Ⅰ）ロ |                                 | 要支援1               | 480円   | 48円           | 96円           |
|                      |                                 | 要支援2               | 960円   | 96円           | 192円          |
| サービス提供体制<br>強化加算（Ⅱ）  |                                 | 要支援1               | 240円   | 24円           | 48円           |
|                      |                                 | 要支援2               | 480円   | 48円           | 96円           |
| 介護職員<br>処遇改善加算Ⅰ      | 介護職員の処遇改善に関して、一定の改<br>善基準を超えた場合 | （Ⅰ）所定単位数の245/1000  |        |               |               |
| 介護職員<br>処遇改善加算Ⅱ      |                                 | （Ⅱ）所定単位数の 224/1000 |        |               |               |
| 介護職員<br>処遇改善加算Ⅲ      |                                 | （Ⅲ）所定単位数の 182/1000 |        |               |               |
| 介護職員<br>処遇改善加算Ⅳ      |                                 | （Ⅳ）所定単位数の 145/100  |        |               |               |
|                      |                                 |                    |        |               |               |

（注）当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

## 【減算】

以下の要件を満たす場合、上記基本部分の額から以下の料金を減算します。

| 減算の種類  | 減算の要件  | 減算額           |          |
|--------|--|---------------|----------|
| 同一建物減算 | 事業所と同一建物等に居住する利用者又は1<br>月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居<br>住する建物の利用者にサービスを行う場合 | 事業対象者<br>要支援1 | 3,760円／月 |
|        |  | 事業対象者<br>要支援2 | 7,520円／月 |

## （２）その他の費用

|       |  |
|-------|--|
| 延長料金  | 利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを利用した場合、<br>5分につき340円の生活サポート費用をいただきます。                                     |
| そ の 他 | 上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適<br>当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の<br>回り品など）について、費用の実費をいただきます。 |

## （３）キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料を  
いただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、  
キャンセル料は不要とします。

| キャンセルの時期 | キャンセル料        |
|----------|---------------|
| 利用予定日の前日 | 利用者負担金の50%の額  |
| 利用予定日の当日 | 利用者負担金の100%の額 |

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

#### (4) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、〇〇日以内に差上げます。

| 支払い方法   | 支払い要件等  |
|---------|---|
| 口座引き落とし | サービスを利用した月の翌月の13日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。<br>りそな銀行 久米田支店 普通口座 0292917    |
| 銀行振り込み  | サービスを利用した月の翌月の24日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。<br>りそな銀行 久米田支店 普通口座 0292917 |

### 9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

|                |             |                            |
|----------------|-------------|----------------------------|
| 利用者の主治医        | 医療機関の名称     | 医療法人海心会 コーラルメディカルクリニック 大阪院 |
|                | 氏名          | 山川 龍吾                      |
|                | 所在地         | 大阪市東淀川区西淡路1丁目15-3          |
|                | 電話番号        | 06-6829-6365               |
| 緊急連絡先<br>(家族等) | 氏名(利用者との続柄) | 様 ( )                      |
|                | 電話番号        | — —                        |

### 10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、伊丹市地域包括支援センター等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

#### 11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所下記の窓口でお受けします。

|         |                   |
|---------|-------------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 072-767-7974 |
|         | 面接場所 当事業所の相談室     |

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

|        |                 |                   |
|--------|-----------------|-------------------|
| 苦情受付機関 | 健康福祉部地域福祉室介護保険課 | 電話番号 072-784-8037 |
|        | 兵庫県国民健康保険団体連合会  | 電話番号 078-332-5617 |

## 12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに伊丹市地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

## 13. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

令和      年      月      日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事 業 者      所在地

事業者（法人）名

代表者職・氏名

印

説明者職・氏名

印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利 用 者      住 所

氏 名

印

署名代行者（又は法定代理人）

住 所

本人との続柄

氏 名

印

立 会 人      住 所

氏 名

印