訪問介護ルミエール 訪問介護相当サービス、生活支援型訪問サービス

重要事項説明書

<令和 7年 9月 1日現在>

1 事業者(法人)の概要

名称・法人種別	株式会社STRAIGHT
代 表 者 名	渡邉 輝
	(住所) 〒611-0026
	京都府宇治市開町25番地の3
所在地・連絡先	
	(電話) 0774-34-2177
	(FAX) 0774-34-2188

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	訪問介護ルミエール
	(住所) 〒611−0031
	京都府宇治市広野町西裏31番地3広野ハイツ101
所在地・連絡先	
	(電話) 0774-34-2177
	(FAX) 0774-34-2188
古光記至日.	・訪問介護相当サービス
事業所番号	・生活支援型訪問サービス
管理者の氏名	中野 武史

(2) 事業所の職員体制

ア 訪問介護相当サービス

	人数	区分		職務の内容	
従業者の職種	(人)	常勤(人)	非常勤 (人)	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	
管理者	1	1		管理業務全般	
サービス提供責任者	3	3		訪問介護相当サービス	
リーレク促供貝仕名				個別計画の作成等	
訪問介護員	6	3	3	訪問介護相当サービス	
事務職員	0				

イ 生活支援型訪問サービス

グ************************************	人数	区分		職数の内容	
従業者の職種	(人)	常勤(人)	非常勤 (人)	職務の内容	
管理者	1	1		管理業務全般	
訪問事業責任者	3	3		生活支援型訪問サービス	
切问尹未貝江伯				個別計画の作成等	
訪問介護員	6	3	3	生活支援型訪問サービス	
事務職員	0				

(3) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	宇治市(炭山・池尾・二尾・東笠取・西笠取、木幡中学校区域・黄
	檗中学校・東宇治中学校区域除く)の区域とする。
	その他の地域要相談。

※ 上記地域以外でも御希望の方は御相談ください。

(4) 営業日·営業時間

営業日	営業時間
受付窓口) 月曜日~金曜日	9:00~18:00
サービス提供時間) 月曜日~土曜日	8:00~20:00

受付窓口)営業しない日	日曜日・祝日・8月13日~8月15日、12月30日~1月3日
サービス提供) 営業しない日	日曜日・12月30日~1月3日

3 サービスの内容

+	ナービス区分と種類	サ ー ビ ス の 内 容		
		利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計		
サー	・ビス提供計画書	画(ケアプラン)に基づき、利用者の意向や心身の状況等の		
の作	成	アセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス		
		内容を定めた訪問介護相当サービス個別計画を作成します。		
	食事介助	食事の介助を行います。		
	1 淡众H	入浴(全身浴・部分浴)の介助や清拭(身体を拭く)、洗髪		
	入浴介助などを行います。			
身	排泄介助	排泄の介助、おむつ交換を行います。		
体	更衣介助	上着、下着の更衣の介助を行います。		
_	身体整容	日常的な行為としての身体整容を行います。		
介	体位変換	床ずれ予防のための、体位変換を行います。		
護	移動·移乗介助	室内の移動、車いす等へ移乗の介助を行います。		
	职 英 众 H	配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行いま		
	服薬介助 	す。		
	起床・就寝介助	ベッドへの誘導、ベッドからの起き上がりの介助を行います。		

		○利用者と一緒に手助けしながら行う調理(安全確認の声かけ、疲労の確認を含む。)を行います。 ○入浴、更衣等の見守り(必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む。)を行います。 ○ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ(声かけや見守り中心で必要な時だけ介助)を行います。
	自立生活支援のための見守り的援助	 ○排泄等の際の移動時、転倒しないように側について歩きます。(介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る。) ○車いすでの移動介助を行って店に行き、利用者が自ら品物を選べるよう援助します。 ○洗濯物をいっしょに干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行います。
4	買物	利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。
生活援助	調理	利用者の食事の用意を行います。
援	掃除	利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。
191	洗濯	利用者の衣類等の洗濯を行います。

4 費用

(1) 介護保険サービス (「介護予防・生活支援サービス事業」含む) 原則として料金表の利用料金の1割 (一定以上の所得のある方は2割または3割) が利用者様の負担額となります。

【料金表】

<訪問介護相当サービス> 1 単位 10,42 円

**** *** *** * * * * * * * * * * * * * *			
サービスの内容 【身体介護、又は 身体介護と併せて利用する生活援助】		サービス利用料金 (月額定額)	利用者負担額 (1割の場合)
訪問介護相当サ ービス費 I	1週間に <u>1回程度</u> 訪問	12,253円	1,226円
訪問介護相当サ ービス費Ⅱ	1 週間に <u>2 回程度</u> 訪問	24,476円	2,448円
訪問介護相当サ ービス費Ⅲ	1週間に <u>3回程度以上</u> 訪問 (要支援2が対象)	38,835円	3,884円

• 加算項目

サービス内容	サービス利用料金	利用者負担額(1割の場合)	
初回加算	2,084円/1回	209円/1回	
介護職員処遇改善加算I	上記の額に1回につき24,5%加算します。		

<生活支援型訪問サービス> 1単位 10円

サービスの内容 【生活援助】		サービス利用料金 (月額定額)	利用者負担額 (1割の場合)
生活支援型訪問 サービス費	1回の利用(60分以内)	2,320円	232円

^{※1}週に2回を限度とする。

•加算項目

サービス内容	サービス利用料金	利用者負担額(1割の場合)
初回加算	2,000円/1回	200円/1回
介護職員処遇改善加算I	上記の額に1回につき24,5%加算します。	

<注意事項>

- ・ 介護保険サービスにおいて、法律等により定められた利用限度額を超えたサービス 利用に係る利用料金は、全額が利用者様の自己負担となります。御相談のうえ、御利 用ください。
- ・ 利用者様が保険料を滞納されているなどの理由により、当事業所に対して介護保険 サービスに係る給付等が行われない場合、1 箇月につき料金表の利用料金全額をお支 払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行し ます。

(2) 交通費

2の(3)に記載している通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

通常の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は、通常の事業の実施地域を越えた所から公共交通機関を利用した実費が必要となります。

事業の実施地域を越えた地点から、片道5キロ未満	1日の利用料500円(税抜)
事業の実施地域を越えた地点から、片道10キロ以上	1日の利用料1,000円(税抜)

(3) その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者様の負担となります。

(4) キャンセル料 (月額定額料金のサービス利用料金については、キャンセル料は発生しません。)

利用者様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。

利用日の前日18時までに連絡があった場合	無料
利用日の前日18時までに連絡がなかった場合	500円(税抜)
利用日の当日に申出がなく訪問した場合	1,000円(税抜)

※ただし、利用者様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

(5) 利用料等のお支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、月末日までに以下の方法によりお支払いください。

なお、入金確認(お支払い)後、領収証を発行します。

支払い方法	支払い要件等
銀行振り込み	次の口座にお振込みください。 <振込先口座> 京都銀行伊勢田支店 普通預金口座(口座番号3440574) 口座名義 株式会社STRAIGHT ※振込手数料はご利用者様負担となります。
現金支払い	当事業所の窓口にて、お支払いください。

口座振替の場合は毎月26日(金融機関が休みの場合は翌営業日)に振替を行います。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

住み慣れたご家庭で安心して生活できるよう支援致します。

(2) 運営方針

- 1利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った自己決定を基本とした利用者主体のサービス提供に努める。
- 2利用者の意向、適正、生涯の特性その他の事情を踏まえ、適正かつ効果的な支援を行う。
- 3地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所との連携に努める。
- 4 各関係法令を遵守するとともに、利用者、地域に対し、積極的な情報開示と情報提供に努める。
- 5 関係機関との連携を密にし、対象者の情報収集を進めることにより安定した稼働率の確保に努めるとともに、研修体制の充実を図り、専門職としての人材の育成を進める。

(3) その他

- 1 事業所は,従業者に対し,常に必要な知識の習得及び能力の向上を図るため研修(外部における研修を含む。)を実施する。なお,研修の機会を次のとおり設けるものとし,また,業務体制を整備する。
- ・採用時研修 採用後3カ月以内
- ・継続研修 年1回以上(研修内容『・認知症ケアに関する研修・利用者のプライバシー保護に関する研修・接遇に関する研修・倫理・法令遵守に関する研修・事故の発生、予防、再発防止に関する研修・緊急時の対応に関する研修・感染症及び食中毒の発生の予防及びまん延の防止に関する研修』)
- 2 従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。
- 3 従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容に含むものとする。
- 4 事業所は、事業に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存するものとす

る。

5 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要な事項は、株式会社STRAIG HTと事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

	窓口責任者 渡邉 輝
当事業所相談窓口	御利用時間 9:00~18:00
訪問介護ルミエール	御利用方法 電話 (0774-34-2177)
	面接(当事業所相談室)
当法人相談窓口 株式会社STRAIGHT	窓口責任者 渡邉 輝
	御利用時間 9:00~18:00
	ご利用方法 電話 (080-4485-1241)
宇治市介護保険課	受付時間:月曜日~金曜日8:30~17:00
十石川川 護休	電話番号:0774-22-3141
京都府国民健康保険団体連合会	受付時間:月曜日~金曜日9:00~17:00
京 即 的 国	電話番号:075-354-9090

7 緊急時及び事故発生時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急 隊、緊急時連絡先(御家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ 連絡をするとともに必要な措置を講じます。

また、サービス提供中に事故が発生した場合には、必要な措置を講じるとともに上記に加え市町村、当該利用者様の御家族及び当該利用者様に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

賠償すべき事故が発生した場合は、できる限り速やかに損害賠償を行います。

		- %,	<u> </u>
主治医	病院名		
	及 び		
	所在地		
	氏名		
	電話番	:号	
緊急時連絡先(家族等)		氏名 (続柄)	()
		住所	
		電話番号	

8 秘密の保持と個人情報の保護取扱い

(1) 利用者様、その御家族に関する秘密の保持について、当事業所はサービスを提供するうえで知り得た、利用者様及びその御家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。

この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。

- (2) 個人情報の保護について当事業所は、利用者様から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議、地域包括支援センターや指定居宅介護支援事業者との連絡調整等において、利用者様の個人情報を用いません。また、利用者様の御家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議、地域包括支援センターや指定居宅介護支援事業者との連絡調整等において利用者様の御家族の個人情報を用いません。
- (3) 当事業所は、利用者様とその御家族に関する個人情報が含まれる記録物については、注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止します。

9 虐待の防止

- 1 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。
- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その 結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。
- 2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、市町村に通報するものとします。

10 サービス利用に当たっての留意事項

サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

当事業者はサービスの利用に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、訪問介護のサービス内容及び重要事項及び個人情報の取り扱いの説明を行いました。

事業者(法人)名	: 京都府宇治市開町25番 : 株式会社STRAIGH : 訪問介護ルミエール		
(事業所番号)	: 2671201578		
代表者名	: 渡邉 輝	印	
説明者名	:	印	
	Fに基づいてサービス内容 D内容に同意の上、本書面		個人情報の取り
利用者本人	住 所		
	氏 名		印
(署名・法定)代理	!人 住所		
	氏 名 (利用者と <i>0</i>	D関係:)	印
ご家族	住 所		
	氏 名		印
	(利用者との	つ関係:)	

日

説明年月日

: 年 月