

# 「ナーシングホーム市川」訪問介護事業所 重 要 事 項 説 明 書

(令和 7 年 6 月 1 日現在)

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
また、特別養護老人ホーム「ナーシングホーム市川」に併設されています。  
(千葉県指定 第 1 2 7 0 8 0 0 0 3 8 号)

当事業所は、ご契約者に対して訪問介護サービスをご提供します。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とおり説明します。

※ 当事業所のサービスのご利用は、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。

## ◇ ◇ 目 次 ◇ ◇

|                          |    |
|--------------------------|----|
| 1 事業所運営法人                | 2  |
| 2 事業所の概要                 | 2  |
| 3 職員の配置状況                | 3  |
| 4 当事業所がご提供するサービスと利用料等    | 3  |
| 5 利用料等のお支払いの方法           | 9  |
| 6 ご提供するサービスの第三者評価の実施状況   | 9  |
| 7 ご契約を終了していただく場合         | 9  |
| 8 介護サービスのご提供における事業者の責務   | 10 |
| 9 虐待の防止のための措置に関する事項      | 11 |
| 10 秘密保持と個人情報の保護について      | 11 |
| 11 緊急時及び事故発生時の対応について     | 12 |
| 12 サービスのご提供に関する苦情の受付について | 12 |

## 1 事業所運営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 慶美会
- (2) 法人所在地 千葉県市川市柏井町4丁目314番地
- (3) 電話番号 047(337)1231
- (4) 代表者 理事長 桑原 経子
- (5) 設立の時期 昭和56年7月30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12年4月1日指定 千葉県第1270800038号
- (2) 建物の構造 鉄筋コンクリート造 地上2階建 2階部分
- (3) 事業の目的 指定訪問介護事業所は、介護保険法等の関係法令に従い、ご利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行うことを目的としています。
- (4) 事業所の名称 「ナーシングホーム市川」訪問介護事業所
- (5) 事業所の所在地 千葉県市川市柏井町4丁目310番地
- (6) 電話番号 047(339)5600
- (7) 管理者 橋本 知行
- (8) 事業所の運営方針 指定訪問介護事業所として、常に、ご利用者の心身の状況等を的確に把握しつつ、懇切丁寧に行うことを旨とし、ご利用者又はそのご家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。更には、「すべてのお客様に明るく健康で豊かな生活を」の基本理念の下、「自立支援」、「ご利用者本位」の介護サービスをご提供することにより、地域社会から信頼される事業所を目指してまいります。
- (9) 開設の時期 平成12年4月1日

(10) 通常の事業の実施地域 市川市、鎌ヶ谷市、船橋市、松戸市、浦安市、  
の区域とします。

(11) 営業日及び営業時間

|          |                 |
|----------|-----------------|
| 営 業 日    | 年中無休            |
| 受 付 時 間  | 9時00分から18時00分まで |
| サービス提供時間 | 6時00分から22時00分まで |

\* 時間外緊急等の連絡先 (24時間連絡可能)

特別養護老人ホーム ナーシングホーム市川 電話：047-339-5600

### 3 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定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。

＜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。

| 職 種       | 職 員 配 置 | 指 定 基 準 |
|-----------|---------|---------|
| 管理者       | 1 (常勤)  | 1       |
| サービス提供責任者 | 5 以上    | 1       |
| 訪問介護員等    | 2. 5 以上 | 2. 5    |

＜直接処遇職員の勤務体系＞

| 職 種   | 勤 務 体 制  |
|-------|--|
| 訪問介護員 | 早 番： 6 時 0 0 分 ～ 1 5 時 0 0 分<br>遅 番： 1 3 時 0 0 分 ～ 2 2 時 0 0 分 |

### 4 当事業所がご提供するサービスと利用料等

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスをご提供します。

当事業所がご提供するサービスについて、

- |   |
|---|
| (ア) 利用料が介護保険から給付される場合<br>(イ) 利用料等の全額をご契約者にご負担いただく場合 |
|---|

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、ご利用されている方のご希望による特別なサービスのご提供等を除き、通常７割から９割相当（「介護保険負担割合証」に記載された割合を乗じた額（利用者負担料金）を控除した額）が介護保険から給付されます。

### ア 訪問介護計画の作成・変更・説明・交付

ご利用者の心身の状況や希望等を踏まえ、その状況を把握・分析し、訪問介護の提供によって解決すべき問題状況を明らかにします（アセスメント）。これに基づいて援助の方向性や目標を明確にし、提供するサービスの具体的な内容、所要時間、日程等を明らかにするとともに、居宅サービス計画が作成されている場合は、居宅サービス計画の内容に沿って作成した訪問介護計画の内容について、ご本人又はそのご家族等に対し説明し、同意を得た上で交付いたします。また、訪問介護計画の作成後、その実施状況の把握を行い、必要に応じて当該訪問介護計画の変更を行うことがあります。

### イ サービスの内容

訪問介護の所要時間は、その内容の指定訪問介護を行うのに必要となる標準的な時間となります。また、訪問介護計画に沿って、次に掲げるサービスの内容を組み合わせることで総合的に提供することができます。

| 区 分     | 分 類    | サービスの内容                          |
|---------|--------|----------------------------------|
| 身体介護中心型 | 動作介護   | 体位交換、服薬介助、移動介助、起床介助、就寝介助 他       |
|         | 身の回り介護 | 排せつ介助、部分清拭、部分浴介助、整容介助、更衣介助 他     |
|         | 生活介護   | 食事介助、全身清拭、全身浴介助 他                |
| 生活援助中心型 | 生活援助   | 調理、洗濯、居室の掃除、通院介助（一連のサービス行為の場合） 他 |

## （２）介護保険の給付の対象となる利用料

### （ア）訪問介護費

（単位数／１回当たり）

| 区 分  | 所要時間（指定訪問介護に要する標準的な時間） | 単位数 |
|------|------------------------|-----|
| 身体介護 | ２０分未満                  | １６３ |
|      | ２０分以上３０分未満             | ２４４ |

|               |               |                    |
|---------------|---------------|--------------------|
| 中 心 型         | 30分以上1時間未満    | 387                |
|               | 1時間以上1時間30分未満 | 567                |
|               | 1時間30分以上の場合   | 82<br>(30分増すごとに加算) |
| 生活援助<br>中 心 型 | 20分以上45分未満    | 179                |
|               | 45分以上         | 220                |

(イ) 各種加算・減算（単位数）

| 区 分            | 単位数（％）           | 備 考  |
|----------------|------------------|--|
| 生活援助加算         | 65<br>(195単位を限度) | <p>身体介護と生活援助が混在する場合で、身体介護中心型指定訪問介護を行った後に引き続き生活援助中心型指定訪問介護を組み合わせを行ったときは、次のとおりの加算となります。</p> <p>ア 生活援助が20分以上 65<br/>イ 生活援助が45分以上 130<br/>ウ 生活援助が70分以上 195</p> |
| 2人の訪問介護員等による場合 | 100％             | <p>ご利用者又はそのご家族等の同意を得ており、ご利用者の身体的理由又は暴力行為、迷惑行為等その他利用者の状況等から判断して1人の訪問介護員等による介護が困難と認められる場合において、同時に2人の訪問介護員等が1人のご利用者に対して指定訪問介護を行ったときに加算となります。</p>              |
| 早朝加算           | 25％              | <p>午前6時から午前8時までに指定訪問介護を行った場合は、1回につき加算となります。</p>  |
| 夜間加算           | 25％              | <p>午後6時から午後10時までに指定訪問介護を行った場合は、1回につき加算となります。</p>   |

|           |      |   |
|-----------|------|---|
| 深夜加算      | 50%  | 午後10時から午前6時までに指定訪問介護を行った場合は、1回につき加算となります。   |
| 特定事業所加算Ⅱ  | 10%  | 厚生労働大臣が定める基準に適合（体制要件及び人材要件）している当事業所が、ご利用者に対し、指定訪問介護を行ったときは、1回につき加算となります。  |
| 同一建物減算    | -10% | 同一敷地内建物に居住する利用者又は居住する同一の建物に20人以上居住する建物に居住する利用者に対して、指定訪問介護を行ったときは、1回につき減算となります。  |
|           | -12% | 前6ヵ月間に指定訪問介護サービスを行った総数のうち、同一敷地建物に居住する利用者（50人以上居住する建物を除く）の占める割合が90%以上である場合、1回につき減算となります。   |
|           | -15% | 同一敷地内建物に50人以上居住する建物に居住する利用者に対して、指定訪問介護を行ったときは、1回につき減算となります。   |
| 緊急時訪問介護加算 | 100  | ご利用者又はそのご家族からの要請に基づき、サービス提供責任者が指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員と連携し、その介護支援専門員が必要と認めた場合に、居宅サービス計画において計画的に訪問することとなっていない指定訪問介護を緊急（要請を受けてから24時間以内）に行った場合は、1回の要請につき1回を限度として加算となります。 |

|               |     |  |
|---------------|-----|--|
| 初回加算          | 200 | <p>新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、次のいずれかに該当する場合は、1月につき加算となります。</p> <p>ア サービス提供責任者が初回又は初回の指定訪問介護を行った日の属する月に指定訪問介護を行った場合。</p> <p>イ 訪問介護員等が初回又は初回の指定訪問介護を行った日の属する月に指定訪問介護を行った際に、サービス提供責任者が同行した場合。</p> <p>また、利用者が過去2月間（暦月）に、当事業所から指定訪問介護の提供を受けていない場合についても、加算の対象となります。</p> |
| 生活機能向上連携加算（Ⅰ） | 100 | <p>サービス提供責任者が、指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所等の医師、理学療法士等の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成し、その計画に沿って初回の指定訪問介護を行った日の属する月に、加算となります。</p>   |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ） | 200 | <p>サービス提供責任者が同行する等により、医師、理学療法士等とご利用者の身体の状態等の評価を共同で行い、かつ、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成した場合で、医師、理学療法士等と連携し、訪問介護計画に沿って初回の指定訪問介護を行った日の属する月以降3月の間、1月につき加算となります。</p>  |

|                   |  |  |
|-------------------|--|--|
| 認知症専門ケア加算Ⅰ        | 3  | 専門的な研修を修了した職員の配置状況及び周囲の者による日常生活に対する注意を必要とするご利用者の割合が基準を満たし、かつご利用者に対して専門的な認知症ケアを行った場合、1日につき加算されます。                                   |
| 認知症専門ケア加算Ⅱ        | 4  | より専門的な研修を修了した職員の配置状況及び日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とするご利用者の割合が基準を満たし、かつ、職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施または実施を予定した場合、1日につき加算されます。 |
| 口腔連携強化加算          | 50   | 口腔の健康状態の評価結果を歯科医療機関及び介護支援専門員に対し情報提供した場合に1月につき1回に限り加算されます。  |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅰ（1ヶ月） | 「(ア) 訪問介護費」及び「(イ) 各種加算・減算」を合計した総単位数に定められた <b>加算率（24.5%）</b> を乗じた金額となります。 |  |

※1「単位数」欄に記載の数値に事業所所在地の**地域加算率（市川市：10.70）**を乗じた額に対して、「**介護保険負担割合証**」に記載された割合を乗じた額がご利用者負担料金になります。

### （３）介護保険の給付の対象とならないサービスの利用料等

利用料等の金額をご契約者にご負担いただくこととなるサービスの費用とその額については、以下のとおりです。

（単位：円）

| 区 分    | 内 容  | 費用の額 |
|--------|--|------|
| 複写物の交付 | サービスの提供についての記録等を閲覧することができますが、複写物の交付を希望するときは、その交付に要する費用 | 10／枚 |



|  |                                |  |
|--|--------------------------------|--|
|  | (両面複写の場合は、片面を1枚と換算。)となり<br>ます。 |  |
|--|--------------------------------|--|

#### (4) キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止にする場合、下記のキャンセル料がかかります。  
尚、急変時は不要となります。

|                   |         |
|-------------------|---------|
| ご利用当日までにご連絡があった場合 | 無 料     |
| ご連絡がなかった場合        | 1,000 円 |

### 5 利用料等のお支払いの方法

前記「4」に記載の利用料等は、1か月ごとに計算しております。

ご契約者にお支払いいただくことになりますご利用者負担額については、原則として、金融機関から預金口座振替（自動払込み）の方法によりお支払い下さい。

お支払いは、翌月20日以降とさせていただいておりますので、事業所からお知らせする請求金額をあらかじめ確認していただきますようお願いいたします。

### 6 ご提供するサービスの第三者評価の実施状況

|             |                    |
|-------------|--------------------|
| 実施の有・無      | 有                  |
| 実施した直近の年月日  | 令和2年 3月 31日（評価確定日） |
| 実施した評価機関の名称 | 株式会社 福祉規格総合研究所     |
| 実施結果の開示状況   | インターネット            |

### 7 ご契約を終了していただく場合

当事業所とのご契約においてご契約終了の期日については、特にお申し出がない限り自動的に更新することとしています。

したがって、特別な事由がない限り、継続して訪問介護サービスを利用することができますが、以下のような事項に該当するに至った場合には、当事業所とのご契約を終了していただくことになります。

- (ア) 要介護認定において、ご契約者が自立又は要支援と認定されたとき。
- (イ) ご契約者がご契約を解除したとき。（詳細は「(1)」をご参照下さい。）
- (ウ) 事業者がご契約を解除したとき。（詳細は「(2)」をご参照下さい。）
- (エ) ご契約者が介護保険施設等に入所したとき。

### （１）ご契約者からのご契約の解除

ご契約の有効期間内であっても、14日間の予告期間において、文書で通知することにより、ご契約者から当事業所とのご契約の解除を申し出ることができます。

### （２）事業者からのご契約の解除

以下の事項に該当する場合（（エ）の場合を除く。）は、ご契約者に対して30日の予告期間において文書で通知することにより、当事業所との契約を解除していただくことがあります。

- （ア）ご契約者によるサービス利用料金のお支払いが2か月以上滞納し、相当期間を定めた督促にもかかわらずこれが支払われないとき。
- （イ）ご契約者が、重大な自傷行為を繰り返すなど、生命の危険性が極めて高く、事業者において十分な介護を尽くしてもこれを防止できないとき。
- （ウ）ご契約者が、故意に法令違反その他の重大な秩序破壊行為を行い、改善の見込みがないとき。
- （エ）ご契約者及び、後見人並びに家族等が事業者や事業所の職員に対して禁止行為を繰り返す等、契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、事業者は文書で通知することにより、直ちにサービスを終了することができるものとします。

#### ※サービス利用にあたっての禁止行為

1. 事業所の職員に対して行う暴言・暴力・いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
2. パワーハラスメント・セクシャルハラスメント・ケアハラスメント・カスタマーハラスメントなどの行為
3. サービス利用中にご契約本人以外の写真や動画の撮影、また録音などをインターネットなどに掲載すること

## 8 介護サービスのご提供における事業者の責務

### 〈介護サービスの提供に当たっての留意事項〉

- （１）ご利用者の生命及び身体等の安全の確保に配慮します。
- （２）ご利用者の体調や健康状態に配慮し、必要な場合には、医師又は看護職員と連携の上、適切に対処します。
- （３）ご利用者が受けている要介護認定の有効期間の満了日の30日前までに、要介護認定の更新の申請のために必要な援助を行います。
- （４）ご利用者に提供した介護サービスについて記録を作成し、サービスの完結日から2年間保存するとともに、ご契約者又は代理人の請求による閲覧や複写物の交付に応じます。

(5) 事業者及び職員は、介護サービスを提供するに当たって知り得たご利用者とそのご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏えいしません（守秘義務）。

ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身の情報等を提供することになります。

## 9 虐待の防止のための措置に関する事項

事業者は、ご利用されている方々の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する虐待防止検討委員会を設置し、定期的開催するとともに、その結果について介護職員その他の職員に周知徹底を図ります。
- (2) 研修等を通じて、職員の人権意識の向上や知識・技能の向上に努めます。
- (3) 虐待防止担当者を設置し、職員が支援に当たっての悩みや苦勞を相談できる態勢を整えるほか、職員が訪問介護サービスを利用されている方々の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

＜虐待防止体制＞

|               |                  |
|---------------|------------------|
| 虐待防止受付担当者     | 橋 本 知 行          |
| 虐待防止受付窓口（連絡先） | TEL 047（339）5600 |
|               | FAX 047（339）5605 |

## 10 秘密保持と個人情報の保護について

事業者と職員は、サービスをご提供する上で知り得たご契約者とそのご家族等の秘密を正当な理由がないのに第三者に漏らすことはありません。また、ご契約者とそのご家族の個人情報が含まれる記録（紙によるもののほか電磁的記録を含みます。）については、善良な管理者の注意義務をもって管理するとともに、これを処分する際にも第三者への漏洩を防止するものとします。また、この秘密を保持する義務は、介護サービス提供契約が終了した後においても継続します。

さらに、事業者は、職員に、業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を保持させるため、職員である期間及び職員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容とします。

なお、事業者は関係機関等に対し、ご契約者とそのご家族等の情報を提供することがあるため、あらかじめご契約者とそのご家族等に使用目的を説明し、個人情報使用同意書による包括的な同意にご協力願います。

## 11 緊急時及び事故発生時の対応について

ご利用されている方に病状の急変が生じた場合や万一事故が発生した場合は、適切に対処し、速やかにご家族や主治の医師等にご連絡いたします。

また、ご本人に対する介護サービスのご提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

なお、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じることがあります。

<加入保険>

|       |           |
|-------|-----------|
| 保険会社名 | 全国社会福祉協議会 |
| 保 険 名 | 賠償責任保険    |

## 12 サービスのご提供に関する苦情の受付について

ご利用されている方とご家族からの相談又は苦情に対応する苦情受付窓口（連絡先）、相談・苦情等に対する常設の窓口として苦情受付担当者を置くとともに、適切な対応ができるよう苦情受付担当者が不在のときでも、苦情受付簿を作成し、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

<苦情解決体制>

|             |                                      |
|-------------|--------------------------------------|
| 苦情受付担当者     | サービス提供責任者 白瀧 かをり                     |
| 苦情受付窓口（連絡先） | TEL 047（339）5600<br>FAX 047（339）5605 |
| 苦情解決責任者     | 施設長 橋 本 知 行                          |
| 第三者委員       | 進藤幸男 久世啓子                            |

### （2）意見・要望等への対応

介護サービスの提供等に関するご意見・ご要望や匿名での相談・苦情を希望されるご利用者に適切に対処するため、1階玄関付近に「意見箱」を設置しています。

### （3）事業者における苦情の受付

法人における苦情受付窓口として、当法人が設置運営する特別養護老人ホーム 清山荘内にサービス相談窓口を設置しています。

<法人本部>

|             |  |
|-------------|--|
| 相談・苦情受付     | 社会福祉法人 慶美会 お客様サービス係<br>（特別養護老人ホーム「清山荘」内） |
| 苦情受付窓口（連絡先） | TEL 047（337）1231                         |
| 受 付 時 間     | 月～金曜日 9時00分～17時00分                       |

(4) 行政機関その他苦情受付機関

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| 市川市<br>福祉部 介護保険課              | 所在地 市川市八幡1丁目1番地1号<br>TEL 047 (712) 8548<br>FAX 047 (712) 8733<br>受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く)<br>8時45分～17時15分                   |
| 船橋市<br>高齢者福祉部 高齢者福祉課          | 所在地 千葉県船橋市湊町2-10-25<br>TEL 047 (436) 2352<br>FAX 047 (436) 2350<br>受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く)<br>9時00分～17時00分                 |
| 鎌ヶ谷市<br>高齢者支援課 介護保険係          | 所在地 鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2丁目6番1号<br>総合福祉保健センター2階<br>TEL 047 (445) 1380<br>FAX 047 (443) 2233<br>受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く)<br>8時30分～17時00分 |
| 松戸市<br>福祉長寿部 介護保険課            | 所在地 松戸市根本387-5<br>TEL 047 (366) 7067<br>FAX 047 (363) 4008<br>受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く)<br>8時30分～17時00分                      |
| 浦安市<br>介護保険課                  | 所在地 浦安市猫実1丁目1番1号<br>TEL 047 (712) 6406<br>受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く)<br>8時30分～17時00分  |
| 千葉県国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 苦情処理係 | 所在地 千葉市稲毛区天台6丁目4番3号<br>TEL 043 (254) 7428<br>FAX 043 (254) 0048<br>受付時間 月～金曜日(祝日、年末年始を除く)<br>9時00分～17時00分                 |

|                        |      |   |
|------------------------|------|---|
| 千葉県社会福祉協議会<br>運営適正化委員会 | 所在地  | 千葉市中央区千葉港４番５号<br>(千葉県社会福祉センター内)   |
|                        | TEL  | ０４３（２４６）０２９４  |
|                        | FAX  | ０４３（２４６）０２９８  |
|                        | 受付時間 | 月～金曜日(祝日、年末年始を除く)<br>１０時００分～１２時００分<br>１３時００分～１６時００分<br>ただし、面接の場合は「予約制」。 |
|                        |      |   |

令和 年 月 日

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

事業者

法人名 社会福祉法人 慶 美 会  
法人所在地 千葉県市川市柏井町4丁目314番地  
代表者 桑 原 経 子 印

事業所

事業所名 ナーシングホーム市川訪問介護事業所  
事業所所在地 千葉県市川市柏井町4丁目310番地  
管理者 橋 本 知 行  
説明者職・氏名 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ました。

利用者

住 所  
氏 名 印

代理人（選任した場合）

住 所  
氏 名 印  
本人との続柄

※ この重要事項説明書は、訪問介護「ナーシングホーム市川」訪問介護事業所運営規程（平成12年4月1日）第6条の規定に基づき、利用申込者又はその家族等への重要事項の説明のために作成したものです。