

重要事項説明書

指定訪問介護等事業 《すてっぷ》

1. 事業者名称概要

名 称	合同会社すてっぷ
法人所在地	奈良市平松五丁目27番8号
電話番号	0742-95-4070
代表者氏名	代表社員 桑原久和
設立年月日	令和7年12月1日

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定訪問介護事業及び介護予防訪問介護相当サービス事業
事業所の名称	すてっぷ
事業所の所在地	奈良市平松五丁目27番8号
連絡先	電話：0742-95-4070 FAX：0742-95-4071
代表者氏名	桑原 久和
開設年月日	令和8年4月1日
事業所番号	2970191348
実施地域	奈良市・生駒市・大和郡山市（ただし総合事業は奈良市のみ）

3. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	合同会社すてっぷ（以下「事業者」という。）が設置する「すてっぷ」（以下「事業所」という。）が行う指定訪問介護等の事業（以下「事業」という。）の適切な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護福祉士又は訪問介護員研修の修了者（以下「訪問介護員等」という。）が、要介護者、要支援者又はチェックリスト該当者に対し、適正な指定訪問介護等を提供することを目的とする。
運営方針	事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める。指定訪問介護事業は、利用者が要介護状態となった場合においても、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、食事の介護その他生活全般にわたる援護を行うものとする。介護予防訪問介護相当サービス事業は、利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他生活全般にわたる支援を行うものとする。事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

4. 職員の体制

職種・職務内容	常勤	非常勤
管理者 ・事業所の従業者の管理及び業務の管理を、一元的に行います。	1名	
サービス提供責任者 ・事業所に対する指定訪問介護等の利用の申し込みに係る調整、訪問介護等に対する技術指導、訪問介護計画の作成等を行います。	1名	
訪問介護員等 ・指定訪問介護等の提供に当たります。	2名	3名

5. 営業日及び営業時間

事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

- (1) 営業日 月曜日から日曜日までとする。祝日も営業する。
ただし、年末年始12月30日から1月3日までを除く。
- (2) 営業時間 午前8時から午後6時までとする。
- (3) サービス提供日 営業日と同じとする。
- (4) サービス提供時間 午前8時から午後6時までとする
- (5) 電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とする。

6. サービスの内容

(1) 指定訪問介護等の内容は次のとおりとします。

- ・身体介護（食事介助・排泄介助・入浴介助・更衣介助・身体整容・移動、移乗介助・服薬介助・体位変換介助など）
- ・生活援助（買物・掃除・洗濯・調理など）

7. 利用料金

(1) 身体介護

区分	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
20分未満	163	1,698円	170円	340円	510円
20分以上 30分未満	244	2,542円	255円	509円	763円
30分以上 1時間未満	387	4,032円	404円	807円	1,210円
1時間以上 1時間30分未満	567	5,908円	591円	1,182円	1,773円
1時間30分以上 30分増すごとに	82	854円	86円	171円	257円

(2) 生活援助

区分	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
20分以上 45分未満	179	1,865円	187円	373円	560円
45分以上	220	2,292円	230円	459円	688円

8. 利用料金及び支払い

- (1) 指定訪問介護等を提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額又は奈良市介護予防・日常生活支援総合事業実施要項が定める額とし、指定訪問介護等が法定代理受領サービスであるときは、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。
- (2) 事業所は、(1) の支払いを受ける額のほか、利用者等の選定により通常の事業の実施地区以外の地域において指定訪問介護を提供する場合、それに要した交通費の額は、その実費を利用者から徴収するものとする。なお、自動車を利用した場合の交通費は、通常の事業の実施区域を超える地点から1キロメートルにつき20円の額を徴収するものとする。
- (3) 前項の費用の支払いを受ける場合は、あらかじめ利用者又は家族に対して事前に当該サービス内容及び費用についての説明を行い、同意を得るものとする。
- (6) 事業者は利用月にかかった費用を翌月10日までに利用者に請求するものとする。
- (7) 利用者は請求された費用を銀行引き落としにて月末に支払うものとする
- (8) 領収書については、銀行の通帳の記載をもってかえるものとする。

9. サービスの提供に当たって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。
- (3) 利用者及び家族の意向を踏まえて、指定訪問介護等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した「訪問介護計画」「介護予防訪問介護相当サービス計画」を作成します。なお、作成した「訪問介護計画」等は利用者又は家族にその内容の説明を行い、同意を得たうえで交付いたしますので、ご確認いただくようお願いいたします。
- (4) サービス提供は「訪問介護計画」「介護予防訪問介護相当サービス計画」に基づいて行います。なお、「訪問介護計画」等は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- (5) 訪問介護員等に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行います。実際の提供に当たっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。
- (6) 暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。
職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いいたします。

10. 緊急時の対応

サービス提供中に、利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。また、主治医への連絡等が困難な場合は、医療機関への緊急搬送等必要な措置を講ずるものとします。

(1) かかりつけ医療機関

医療機関名		診療科	
所在地			
主治医		電話番号	

(2) 緊急連絡先

連 絡 先	氏 名 :	続柄 :
	所在地 :	
	電話番号 :	

11. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定訪問介護等の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定訪問介護等の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

12. サービスの記録

- (1) 指定訪問介護等の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容及び利用料等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。
- (2) 指定訪問介護等の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は提供の日から5年間保存します。
- (3) 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物を請求することができます。

13. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

14. 虐待防止のための措置

- (1) 事業所は、虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し虐待を防止するための定期的な研修を実施し、研修を適切に実施するための担当者を設置します。
- (4) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（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、速やかにこれを市町村に通報いたします。

15. 苦情窓口

(1) 当事業所の苦情・要望の受付窓口

受付窓口	窓口担当者 桑原 久和又は林 玲子 電話番号 0742-95-4070
------	--

(2) その他苦情受付機関

奈良市 介護福祉課	電話番号 0742-34-5422
奈良県 国保連合会	電話番号 0744-29-8311

16. 第三者評価機関の評価はありません。

上記重要事項説明書の説明年月日

令和 年 月 日

指定訪問介護サービス事業の提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名称：すてっぷ

説明者名：代表社員 桑原 久和

私は、本書面に基づいて事業者からのサービス提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者氏名： ㊞

利用者住所：

代理人氏名： ㊞

代理人住所：

続柄：