



練馬区
介護予防・生活支援サービス重要事項説明書

Be-Step 株式会社ビーステップ
人と人をつなぐ

訪問介護ビーステップ大泉

【介護予防・生活支援サービス重要事項説明書】

< 令和7年11月1日現在 >

1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 03-3821-2104

担当 諏訪 智樹

* ご不明な点は、お気軽におたずねください。

2. ビーステップ井草の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	訪問介護ビーステップ大泉
所在地	東京都練馬区大泉学園町2-23-65
総合事業指定番号	介護予防・生活支援サービス（練馬区 13A2001579号）
サービスを提供する地域*	練馬区

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

職	職務の内容	人員数
管理者	従業者および業務の管理を一元的に行う	1名 (兼務可能)
サービス提供責任者	実務者研修終了者、介護福祉士を持つものが、指定訪問介護利用の申込みに関わる調整を行い、訪問介護計画の作成並びに利用者への説明を行い、サービス内の管理を行う。	1名以上 (利用者40名につき1名)
訪問介護員	介護福祉士・実務者研修修了者・初任者研修修了者・ヘルパー1級・ヘルパー2級の資格を持つものが訪問介護計画に基づき、日常生活に必要な指定訪問介護サービスを提供する。	2.5名以上 (常勤換算)

(3) サービスの提供時間帯

営業日	月曜日から土曜日まで。ただし、年末年始（12月30日から1月3日まで）を除く。
営業時間	8:30～17:30（時間外はご相談ください）

3. サービス内容

(1) 身体介護

排泄・食事介助

清拭・入浴、身体整容

体位変換、移動・移乗介助、外出介助

起床及び就寝介助

服薬介助

自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助

(2) 生活援助

掃除

洗濯

ベッドメイク

衣類の整理・被服の補修

一般的な調理、配下膳

買い物・薬の受け取り

* 適切な介護予防・生活支援サービス計画に基づきサービスを提供し例えばご利用者が行う調理を訪問介護員が見守りながら一緒に行うなど、ご利用者が有する能力を最大限活用することができるような方法によって行います。

(3) その他日常生活上の支援

介護相談等介護保険や日常の介護での悩みを専門家が支援します。

4. 利用料金

(1) 利用料

本サービスを利用する場合は、介護保険負担割合証に応じた額が自己負担分となります。ただし、給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

【料金表－基本料金－】

練馬区訪問サービス（A3）※負担割合1割の場合

支給区分	(週1回程度)	(週2回程度)	(週3回程度)
①ご利用料金	13,007円	25,980円	41,211円
②そのうち自治体から給付される額	11,706円	23,382円	37,089円
サービス利用にかかる自己負担金(①-②)	1,301円	2,598円	4,122円

練馬区訪問サービス（A3）※身体介護加算あり。負担割合1割の場合

支給区分	(週1回程度)	(週2回程度)	(週3回程度)
①ご利用料金	13,406円	26,778円	42,487円
②そのうち自治体から給付される額	12,065円	24,100円	38,238円
サービス利用にかかる自己負担金(①-②)	1,341円	2,678円	4,249円

【料金表－加算料金－】

初回加算	2,280円	初回のみ
訪問型独自サービス介護職員等処遇改善加算II	22.4 %	ご利用料合計の22.4%加算

- * 介護予防・生活支援サービス計画（介護予防・生活支援サービス計画がある場合は、それを踏まえた介護予防・生活支援サービス計画）において、具体的な実施日、1回あたりの時間数や実施内容等を定めます。ただし、利用者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置づけられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。
- * 利用料金は1ヵ月ごとの定額制です。介護予防・生活支援サービス計画において位置づけられた支給区分によって決まります。利用者の体調不良や状態の改善等によりサービスの利用が少なかった場合、または多かった場合でも、日割りでの割引・増額はいたしません（ただし、次の場合については、日割り計算を行いそれぞれの単価に基づいて利用料を計算します）。

〔日割り計算を行う場合〕

- ・月の途中で要介護から要支援に変更となった場合
- ・月途中で要支援から要介護に変更となった場合
- ・同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
- * 上表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、お客様の介護予防・生活支援サービス計画に定められた目安の時間を基準とします。

(2) 交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域の方は、訪問介護員がおたずねするための交通費実費が必要な場合があります。

(3) その他

- ① お客さまの住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用はお客さまのご負担になります。
- ② 料金のお支払方法
毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので27日までに、ご指定の預金口座から引き落としにてお支払いください。入金確認後、領収証を発行します。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。

サービスの提供の依頼を受けた後、契約を結び、サービス計画を作成して、サービスの提供を開始します。

※ 介護予防・生活支援サービス支援計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① お客様のご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週間前までに文書でお申し出下さい。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 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。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 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または要支援認定が、要介護または非該当と認定された場合
- ・ お客様が亡くなられた場合および被保険者資格を喪失した場合

④ その他

- ・ 当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払を2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族などが当社や当社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、文書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。

6. 当社の介護予防・生活支援サービスの特徴等

(1) 運営の方針

当社の訪問介護員等は利用者の心身の状況その置かれている環境等に応じて、利用者が可能な限りその居宅において有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の立場に立ってサービスを提供します。

(2) サービス利用のために

事項	有無	備考
従業員への研修の実施	○	1 採用時研修 採用後3カ月以内 2 継続研修 年10回以上
サービスマニュアルの作成	○	各種マニュアル完備

7. 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、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

8. 事故発生時の対応

(1) 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には速やかに市区町村、利用者の家族、利用者に係わる居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

(2) 利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を行います。

9. サービス内容に関する苦情

(1) 当社お客さま相談・苦情担当

担当 諏訪 智樹 電話 03-3821-2104

(2) その他

当社以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

大泉学園通り地域包括支援センター 電話：03-5933-0156

練馬区保健サービス苦情調整委員 電話：03-3993-1344

東京都国民健康保険団体連合苦情相談窓 電話：03-6238-0177

10. 当社の概要

名称・法人種別 : 株式会社ピーステップ

代表者役職・氏名 : 代表取締役 矢嶋 明

本社所在地・電話番号 : 東京都練馬区大泉学園2-23-65 電話 03-6336-624

定款の目的に定めた事業 1、居宅介護支援事業

2、訪問介護事業

3、通所介護事業

営業所数等 介護予防訪問介護 2カ所

訪問介護 2カ所

居宅介護支援 1カ所

通所介護支援 4カ所

令和 7 年 1 1 月 1 0 日

介護予防訪問介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明を行ないました。

事業者

所在地 東京都練馬区大泉学園町 2 - 2 3 - 6 5
名称 訪問介護ビーステップ大泉
(事業所番号 1 3 A 2 0 0 1 5 7 9)
説明者 所属 訪問介護ビーステップ大泉
氏名 印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防訪問介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所
氏名 印
(代理人) 住所
氏名 印