

# 重要事項説明書

[訪問介護]

利用者： \_\_\_\_\_ 様

事業所： このはなヘルパーステーション

# 訪問介護重要事項説明書

[平成31年 4月 1日現在]

## 1 事業者

- (1) 法人名 株式会社 このはな
- (2) 法人所在地 京都府城陽市寺田深谷64番地の300
- (3) 代表者氏名 代表取締役 河本 大輔
- (4) 設立年月 平成30年 6月 1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31年2月1日指定  
指定番号 2672800469 京都府
- (2) 事業の目的 指定訪問介護は、適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、要介護状態にある利用者に対し、円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定訪問介護サービスの提供を確保することを目的としています。
- (3) 事業所の名称 このはなヘルパーステーション
- (4) 事業所の所在地 京都府城陽市寺田深谷64番地の300
- (5) 連絡先 **TEL 0774-29-9001**  
**FAX 0774-29-9027**

(6) 管理者 中井 里穂

- (7) 事業所の運営方針
- 1 事業所が実施する事業は、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に配慮して、身体介護その他の生活全般にわたる援助を行うものとします。
  - 2 事業の実施に当たっては、必要なときに必要な訪問介護の提供ができるよう努めるものとします。
  - 3 事業の実施に当たっては、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行い、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとします。
  - 4 事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとします。
  - 5 前4項のほか、「介護保険法に基づく指定居宅サービスの事業の人員等の基準等に関する条例」(平成24年京都府条例第27号)に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。

### 3 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 城陽市・宇治市・久御山町・京田辺市の一部（草内、飯岡、河原、興戸、田辺）

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

- (2) 営業日時

#### 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	午前9：00 ～ 午後6：00

※但し、受託したサービス実施計画に基づき、上記営業日以外についてもサービス提供を行うことができます。

※緊急の場合は、上記の営業日、営業時間のほか、電話等により24時間連絡が可能な体制としています。（電話等が不通の場合は、折り返しご連絡させて頂いております）

### 4 職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分				常勤換算後 の人数 (人)
		常勤(人)		非常勤(人)		
		専従	非専従	専従	非専従	
管理者	1		1			0.1
サービス提供責任者	1		1			0.1
訪問介護員	4		1	3		2.6
事務職員等						

#### 職務内容

管理者 : 従業者及び業務の一元的な管理、遵守すべき事項について指揮命令を行います。

サービス提供責任者 : 計画の作成、変更、利用申し込みの調整、利用者様の状態把握、訪問介護員への情報伝達および業務の実施状況の把握を行います。

訪問介護員 : 計画に基づき、訪問させて頂き、サービスの提供を行います。

## 5 サービス内容

### (1) 訪問介護計画の作成

(2) 身体介護に関する内容 ①食事介助②清拭・入浴介助・身体整容③排泄介助④体位変換⑤移動・移乗介助、外出介助⑥その他の必要な身体介護

(3) 生活援助に関する内容 ①調理②衣類の洗濯、補修③住居の掃除、整理整頓④生活必需品の買い物⑤その他必要な家事

(4) その他サービス ① 介護相談等

## 6 利用料金

### (1) 利用料《法定代理受領分：介護保険負担割合証に準ずる》

介護保険からの給付サービスを利用する場合は原則として下記に記載の料金表（目安）の1～3割（**一定以上の所得がある65歳以上の利用者様は介護保険負担割合証に準じた割合**）です。ただし、介護保険の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。

※法定代理受領分以外につきましては全額お支払いいただくことになります。

〔料金表（目安）—基本料金・通常時間〕（地域区分：7級地 1単位：10.21円）

サービス内容		単位数	金額 (10割)	1割負担	2割負担	3割負担
身体介護	20分未満	165	1,685円	169円	337円	506円
	20分以上 30分未満	248	2,532円	253円	506円	760円
	30分以上 1時間未満	394	4,023円	402円	805円	1,207円
	1時間以上 1時間30分未満	575	5,871円	587円	1,174円	1,761円
	1時間30分以上 (30分増すごとに)	+83	+847円	+85円	+169円	+254円

生活援助加算	66	+674 円	+67 円	+135 円	+202 円
--------	----	--------	-------	--------	--------

※身体介護に引き続き生活援助を行った場合の加算（20 分から起算して 25 分ごとに加算、70 分以上を限度）

サービス内容		単位数	金額 (10 割)	1 割負担	2 割負担	3 割負担
生活援助	20 分以上 45 分未満	181	1,848 円	185 円	370 円	554 円
	45 分以上	223	2,277 円	228 円	455 円	683 円

- ※ 基本料金に対して、早朝（午前 6 時～午前 8 時）・夜間（午後 6 時～午後 10 時）帯は 25%増し、深夜（午後 10 時～午前 6 時）は 50%増しとなります。
- ※ ご利用開始月（新規）にサービス提供責任者によるサービス提供（または同行）は、初回加算（200 単位）をいただきます。
- ※ 緊急時訪問介護加算は、ご利用者やそのご家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者が介護支援 専門員と連携を図り、介護支援専門員が必要と認めたときに、訪問介護員等が居宅サービス計画に ない指定訪問介護（身体介護）を行った場合に 100 単位を加算します。
- ※ 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の理学療法士、作業療法士、又は言語聴覚士が、利用者宅に訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数 200 床未満。）の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、医師が訪問して行う場合、理学療法士等と共同して行ったアセスメント結果に基づき訪問介護計画を作成し、指定訪問介護を行ったときは、3 ヶ月の間、1 月につき生活機能向上連携加算Ⅱ（200 単位）をいただきます。
- ※ 上記の理学療法士等から助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画書を作成（変更）し、指定訪問介護を行ったときは、3 ヶ月の間、1 月につき生活機能向上連携加算Ⅰ（100 単位）をいただきます。  
その際、理学療法士から、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又は、ICT を活用した動画等により利用者の状態を把握したうえで助言をもらうことを定期的に行わせていただきます。
- ※ 処遇改善加算（Ⅰ）を算定していますので、『1 月あたりの総単位数（1 月あたりの総単位数とは、基本サービス費に各種加算減算を加えたもの）』×13.7% をいただきます。
- ※ 上記の料金表（目安）に記載の金額は目安であり、1 月ごとの計算にて端数が出てきます都合上、実際の請求額と差異が出ますのでご了承下さい。
- ※ やむを得ない事情で、且つ利用者の同意を得て、訪問介護員が 2 人で訪問した場合は 2 人分の料金をいただきます。
- ※ 上記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、利用者様の居宅サービス計画（ケアプラン）定められた目安の時間を基準とします。

## (2) 交通費

3 の（1）の通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

通常の実施地域以外にお住まいの方は、訪問介護員が訪問するための交通費をいただきます。（通常実施地域を越えて片道5 km毎に500円いただきます。）

### (3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

(連絡先：このはなヘルパーステーション TEL 0774-29-9001)

① ご利用日の前営業日の 17 時までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用日の前営業日の 17 時までにご連絡がいただけなかった場合	1回 2,000円

### (4) その他

(ア) 利用者様の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、電話等の費用は利用者様のご負担となります。

(イ) 通院介助などで交通機関を利用した場合、訪問介護員の交通費は利用者様のご負担となります。

#### (ウ) 料金の支払方法

料金の支払方法は、毎月月末締めとし、翌月 15 日までに前月分の料金を請求いたします。原則、口座振替によるお支払いとなります。ご指定の口座から毎月 27 日に引き落としとなります。（但し、27日が土日祝日の場合は銀行の翌営業日）

(エ) 利用料等の支払を受けたときは、利用者又はその家族に対し、利用料とその他の利用料（個別の費用ごとに区分したもの）につい

て記載した領収書を交付します。

(オ) まれに、交通事情によりサービス提供時間が多少前後することがございますがご了承ください。

(カ) サービス提供期間中、当事業所の訪問介護員が同行研修する場合がございますのでご了承ください。

(キ) 利用者様のご希望に沿って訪問介護員を決めておりますが固定の訪問介護員をご希望の場合、必ずしもご希望に添えない場合がございます。やむを得ず訪問介護員が変更する場合がございますのでご了承下さい。

## 7 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

訪問介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供開始日を決定いたします。

### (2) サービスの終了

#### ① 利用者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ください。

#### ② 当ステーション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ヶ月までに文書で通知いたします。

#### ③ 自動終了（以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービス終了します）

- ・ 利用者様が介護保険施設に入所された場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕又は要支援と認定された場合

- ・ 利用者様が亡くなられた場合

④ その他

- ・ 当事業所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、利用者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、または当社が破産もしくは事業の廃止または停止した場合、利用者様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・ 利用者様が、サービス利用料金の支払いを3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10日以内に支払わない場合、または利用者様やご家族様の方などが、当事業所や当事業所の訪問介護員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、当ステーションにより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。

## 8 緊急時及び事故発生時の対応方法

①サービスの提供中に利用者様の容体の急変、その他緊急事態が生じたときは、まず必要な処置を講じるとともに、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、利用者様の親族、利用者様の係る居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

②サービス提供により事故が発生した場合は、まず必要な措置を講じるとともに利用者様の親族、京都府、保険者、利用者様に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、事業所の責めに帰すべき事由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。

### ■緊急時等連絡先

緊急時連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	( )
	住 所	
	電話番号 (携帯電話)	

主治医	病院(診療所)名	
	所在地	
	氏 名	
	電話番号	

## 9 守秘義務及び個人情報の取得と利用目的について

### (1) 守秘義務

サービスを提供する上で知り得た利用者様及びその家族様に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、サービス終了後も同様です。

### (2) 個人情報を利用する主な目的

利用者様・家族様より頂きました個人情報につきましては、以下の目的のために利用させて頂くことがありますのでご了承下さい。

- ① 利用者様に適切な訪問介護計画を提供するため
- ② 利用者様が利用された在宅サービスに関する、介護保険事務を行うため
- ③ 利用者様に関係する訪問介護計画に基づいたサービス利用状況の管理、苦情・事故等の報告、介護サービスの維持・改善・向上のため
- ④ 介護学生等の実習への協力
- ⑤ 事例検討・研究のため

### (3) サービス提供事業所、居宅介護支援事業所、他施設、医療機関への情報提供

以下のような場合、必要に応じて、お客様の情報をサービス提供事業所、居宅介護支援事業所、他施設、医療機関や家族の方等への情報提供に利用する場合があります。尚、その手段とし業務を円滑に行う為ファクシミリ・インターネットを使用することがあります。

#### 〈適切な訪問介護計画を提供〉

- ① サービス提供事業所、居宅介護支援事業所、他施設、医療機関、薬局等と連携する
- ② サービス提供事業所、居宅介護支援事業所、他施設、医療機関等からの照会やその回答
- ③ 利用者様への状況説明（説明等を受ける家族を特定したい場合はお申し出下さい）

#### 〈介護保険事務に関連するもの〉

- ① 介護保険事務を行うため
- ② 審査支払機関へのレセプトの提供のため
- ③ 審査支払機関または保険者からの照会に対する回答のため

#### 〈上記以外の利用目的〉

- ① 行政機関への情報提供のため

## 10 サービスをご利用いただく際のお願い

### (1) 訪問介護員の交替

担当の訪問介護員はおおむね1年で交替させていただきます。ただし、利用者様の心身の状況やご家族の状況等に応じて1年を超えて担当させていただく場合もあり

ます。

(2) 鍵の取り扱いについて

訪問介護員、またはサービス提供責任者による鍵の管理や持帰りは行うことが出来ません。

(3) 行うことが出来ないサービス

- ① 医療行為にあたるサービスは行うことが出来ません。
- ② 家族様へのサービスは行うことが出来ません。
- ③ 日常生活を営むための家事・介護以外のサービスは行うことが出来ません。

(4) お守りいただきたいこと

- ① 訪問介護員との個人的な連絡は固くお断りしています。
- ② 訪問介護員との金品のやりとりや貸し借り、個人的な契約は禁止しています。
- ③ 訪問介護員は留守宅での活動は行うことは出来ませんので、ご利用の時間は必ずご在宅ください。

(5) その他

- ① サービス提供時に、利用者様又は、家族様に感染症の疑いや感染症が発症した場合は、感染に対する予防措置をとらせていただきますので、あらかじめご了承ください。
- ② 台風や大雪等により、訪問やサービス提供に危険が伴うことが想定される際は、サービスの提供について、時間帯の変更や日程の調整を行わせていただく場合があります。また、状況によりサービス提供を休止させていただく場合もありますので、あらかじめご了承ください。

## 1.1 サービス内容に関する苦情

ご不明な点は、何でもお尋ねください

(1) 当事業所利用者様相談・苦情窓口

担当 中井 里穂 電話 0774-29-9001

(2) その他（当事業所以外に、保険者の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。）

① 城陽市役所 福祉保健部（福祉事務所）高齡介護課 介護保険係

電話 0774-56-4043

② 宇治市役所 健康福祉部 健康増進室 介護保険課

電話 0774-22-3141

③ 久御山町役場 民生部 住民福祉課 福祉介護係

電話 0774-45-3906

④ 京田辺市役所 健康福祉部 高齡介護課 介護保険係

電話 0774-64-1373

⑤ 京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課

電話 075-354-9090

(3) 苦情処理について

① 処理体制

(ア) 苦情対応マニュアルの作成

(イ) 苦情に対する内容、経過の記録及び保管

② 手順

(ア) 苦情（クレーム）発生

(イ) 苦情（クレーム）受入

(ウ) ステーションの苦情(クレーム)をトラブルクレーム報告書へ記入し、  
担当者に報告する。

(エ) 管理者の指揮にて、事実の調査と対応方法の検討

(オー1) 当社の不手際(ミス)である場合、迅速に改善策を立て、必要であれば全職員に周知し、関係された方にお詫びをし、改善策を実行する。

(オー2) 当社の不手際(ミス)ではない場合、関係された方に誤解である旨を伝え、誤解を生じたことをお詫びし今後、誤解を生じないような改善策を実行する。

(カ) 担当者が全過程を苦情(相談)受付・記録簿へ記録し、今後同様の問題が生じないよう適宜確認を行うようにする。

(トラブルクレーム報告書にて足りる場合はそれをもって記録とする)

(キ) 事業所内外に連絡周知

## 12 第三者評価について

- |             |       |
|-------------|-------|
| ①第三者評価の有無   | 【なし】  |
| ②実施した直近の年月日 | 【未実施】 |
| ③評価機関名      | 【なし】  |
| ④評価結果の開示状況  | 【なし】  |

当事業者はサービス提供に当たり、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の説明を行いました。

説明年月日：平成 年 月 日

事業者 事業者（法人）名 株式会社 このはな  
住 所 京都府城陽市寺田深谷64番地の300  
事業所名 このはなヘルパーステーション  
指定番号 2672800469 京都府  
住 所 京都府城陽市寺田深谷64番地の300  
代表者氏名 代表取締役 河本 大輔 印

説明者 職名 サービス提供責任者  
氏名 印

私は、重要事項説明書に基づいて重要事項の説明を受け、その内容に同意の上、本書面を受領しました。

受領年月日：平成 年 月 日

利用者様 住所  
氏名 印

代理人 住所  
氏名 印

(利用者との続柄 )