

指定訪問介護事業所

(指定介護予防型訪問サービス事業所)

重要事項説明書

利用者氏名： _____ 様



株式会社 松の花

ヘルパーステーション 愛・家族

指定訪問介護事業所(指定介護予防型訪問サービス事業所)

重要事項説明書

令和6年 6月1日現在

1 (事業の目的・運営方針)

(1) 事業の目的

株式会社松の花（以下「事業者」という。）が開設するヘルパーステーション 愛・家族（以下「事業所」という。）が行う指定訪問介護（指定介護予防型訪問サービス）の事業（以下「事業」という。）の適正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、要介護状態又は要支援状態または、事業対象者等である高齢者等（以下「要介護者等」という。）に対し、適正な指定訪問介護（指定介護予防型訪問サービス）（以下「サービス」という）を提供することを目的とする。

(2) 運営方針

- 事業所の訪問介護員等は、利用者が要介護状態または、要支援状態となった場合においても、その要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、排泄、食事の介助その他の生活全般にわたる援助を行う。
- 事業の実施に当たっては、関係行政機関、居宅介護支援事業所、指定介護予防支援事業所、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。

2 (事業所が提供するサービスについての相談窓口)

利用者へ提供するサービスを担当するサービス提供責任者は、次のとおりです。ご不明な点やご要望がありましたら、何でもお申出ください。

電話番号	080-8720-2857
受付時間	9:00~18:00 月~金、(12月31日~1月3日を除く)
担当者	サービス提供責任者：川添 安希子

3 (訪問介護事業所(法人)の概要)

名称・法人種別	株式会社 松の花
設立年月	平成26年10月30日
代表者名	中西 龍仁

所在地 連絡先	(住所) 愛媛県松山市港山町 4 番 17 号 (電話)089-952-7777 (FAX)089-952-4433
法人の行う他の業務	サービス付き高齢者向け住宅

4 (事業所の概要)

(1) サービス提供事業所名及び事業所番号

事業所名	ヘルパーステーション 愛・家族
開設年月日	平成 28 年 1 月 11 日
所在地・連絡先	(住所) 愛媛県松山市石風呂町 1 - 5 (電話) 080-8720-2857 (FAX) 089-910-7440
事業所番号	3870111139
管理者の氏名	野中 光
通常の事業の実施地域	松山市 (島嶼部除く)

(2) 事業所の職員体制

従業員の職種	人数 (人)	区分	
		常勤 (人)	非常勤 (人)
管理者	1	1	0
サービス提供責任者	2	2	0
訪問介護員	14	0	11
事務職員等	1	0	1

(3) 事務所の営業日および営業時間

		営業時間
営業日	月～金	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
休業日	土・日曜日 12 月 31 日～1 月 3 日	—

※電話連絡等により 24 時間連絡可能な体制を取る。

※利用者への直接支援は休業日においても提供可能。但し、状況に応じてご相談させていただく場合があります。

5 (利用料金)

(1) 利用者負担金

①訪問介護

身体介護		20分未満		20分以上 30分未満		30分以上 1時間未満	
		利用料	利用者負担	利用料	利用者負担	利用料	利用者負担
	1割	1,630円	163円	2,440円	244円	3,870円	387円
	※1時間を超える場合：利用料5,670円（利用者負担：567円）に所要時間1時間から計算して所要時間30分を増すごとに820円（利用料82円）を加算した額を追加						
生活援助		20分以上 45分未満		45分以上			
		利用料	利用者負担	利用料	利用者負担		
	1割	1,790円	179円	2,200円	220円		
身体介護に引き続き生活援助を行う場合、右記の金額が身体介護の金額に加算されます。		20分以上		45分以上		70分以上	
		利用料	利用者負担	利用料	利用者負担	利用料	利用者負担
	1割	650円	65円	1,300円	130円	1,950円	195円

②介護予防型訪問サービス

区 分	利用料	利用者負担額
介護予防訪問介護費 I 週1回程度の利用が必要な場合 月に3回超（4回以上）	11,760円/月	（1割の場合）1,176円/月
介護予防訪問介護費 I 週1回程度の利用が必要な場合 月に3回まで	268円/回	（1割の場合）268円/回

介護予防訪問介護費Ⅱ 週2回程度の利用が必要な場合 月に7回超(8回以上)	2,349円/月	(1割の場合)2,349円/月
介護予防訪問介護費Ⅱ 週2回程度の利用が必要な場合 月に7回まで	272円/回	(1割の場合)272円/回
介護予防訪問介護費Ⅲ 週2回を超えて利用が必要な場合 月に11回超(12回以上)	37,270円/月	(1割の場合)3,727円/月
介護予防訪問介護費Ⅲ 週2回を超えて利用が必要な場合 月に11回まで	287円/回	(1割の場合)287円/回

※サービスを利用した場合にお支払いいただく利用者負担金は、原則として利用料の一割又は二割、三割の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超過分利用料の全額をご負担いただきます。

※「身体介護」および「生活援助」の提供にあたり、利用者又はその家族の同意を得て同時に二人の訪問介護員が訪問してサービスの提供を行ったときの利用料は、上記利用料の二倍の額になります。
・二人介助の要件は、「利用者の身体的な理由」「暴力行為や著しい問題行動、器物破損が認められる場合」「その他の条件」になります。

※上記の利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、上記の利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい利用料金を書面でお知らせします。

※「居宅サービス計画」「介護予防サービス計画」(ケアプラン)を作成することなくサービスを利用した場合など、いったん基本料金(10割)を頂き、その際サービス提供証明書を発行しますので、後日当該市町村窓口へ提出し、(9割及び8割、7割)を請求し払い戻しを受けてください。(償還払い)

③通院等乗降介助の料金は別紙

【加算】

加算の種類	加算の要件	加算額
初回加算	新規に訪問介護計画、介護予防型訪問サービス計画を作成した利用者に対し、初回に実施した訪問介護と同月内にサービス提供責任者が自ら訪問介護を行う場合や訪問介護員に同行した場合	初回の訪問時に 200単位加算
緊急時訪問 介護加算	利用者やその家族から要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り、ケアマネジャーが必要を認めた時にサービス提供責任者又はその他の訪問介護員などが居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行った場合（要介護のみ）	100単位加算
夜間早朝 加算	夜間(午後6時～午後10時)早朝(午前6時～午前8時)サービスを提供した場合	利用料金の 25%の額 (1回につき)
深夜加算	深夜(午後10時～午前6時)にサービスを提供した場合	利用料の50%の額 (1回につき)
介護職員 処遇改善加 算（Ⅰ）	厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金改善を実施しているものとして届出ている場合、基準に従ってその基準に該当する加算を適用します。(R6.6.1)	1ヶ月の訪問介護利 用単位数総額の 24.5%の額
特定事業所 加算（Ⅱ）	厚生労働大臣が定める以下の基準に適合しているものとして都道府県知事等に届け出た事業所が利用者に対してサービスを提供した場合 ①計画的な研修の実施 ②会議の定期的な開催 ③文章等による指示及びサービス提供後の報告 ④定期健康診断の実施 ⑤緊急時における対応方法の明示 ⑥人員要件	所定単位数の10%
同一建物 減算	事業所と同一敷地内等以外の建物で、当該利用者が月に20人以上居住している集合住宅等の利用者にサービスを提供した場合	所定単位の10%減

(2) 交通費

通常の事業の実施地域の利用者は、交通費の実費を徴収いたしません。通常の実施地域外の場合は、交通費として自動車を使用した場合は通常の事業者の実施地域を超えた地点から片道1kmごとに30円を徴収させていただきます。

尚、島嶼部の船舶交通費は実費で請求しません。

(3) その他費用

サービス実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用及び介助に必要な衛生用品等は、お客様負担となります。

(4) 支払い方法

口座振替・現金支払・振込のいずれかの方法にて毎月 28 日までにお支払いください。

振込口座 銀行名 愛媛信用金庫 三津浜支店
口座番号 普通預金 0317643
口座名義 株式会社 松の花
代表取締役 中西龍仁

6 (サービスの中止)

(1) 利用者の都合によりサービスの利用を中止（キャンセル）する場合は、速やかに次の連絡先までご連絡ください。（代表連絡先）

(ヘルパーステーション 愛・家族) : 080-8720-2857

(サービス提供責任者 : 川添安希子)

(2) 利用予定日の直前にキャンセルする場合は、下記のキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の体調の急変などやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日（営業時間内）	無料
利用予定日の当日	一律 500 円

※キャンセル料は利用料金の支払いに合わせてお支払いいただきます。

※介護予防型訪問サービスについてはキャンセル料不要です。

7 (提供するサービス内容)

利用者に提供するサービスは次のとおりです。

(1) 訪問介護（介護予防型訪問サービス）概要

「訪問介護」は、訪問介護員等が利用者の居宅を訪問し、入浴、排泄、食事の介護、調理、洗濯、掃除等の家事、生活等の相談及び助言その他、利用者の必要な日常生活上の世話をを行うサービスです。

「介護予防型訪問サービス」は、共に家事を行う、声かけ等、利用者の生活機能向上や、有する能力を引き出すサービスです。

なお、「訪問介護」は、サービスの内容により、「身体介護が中心である場合（身体介護中心型）」、「生活援助が中心の場合（生活援助中心型）」の2つに区分されます。それぞれの内容は、次のとおりです。

1) 身体介護

利用者の身体に直接接触して行う介助ならびに利用者の日常生活を営むのに必要な機能向上等のための介助および専門的な援助を行います。

(例) 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、通院介助、起床および就寝介助、服薬介助、自立生活支援のための見守りの援助 など

2) 生活援助

家事を行うことが困難である利用者に対して、家事の援助を行います。

(例) 掃除、洗濯、ベツトメイク、整理、被服の補修、布団干し、一般的な調理、配下膳、買い物、薬の受け取り など

3) 通院等乗降介助

通院等（入院・退院における乗車又は降車の介助を行います。

尚、料金については、介護タクシー料金表に基づきます。（別紙）

4) 上記以外の保険外サービス（15分／500円）

例) 通院時の付き添いの車などの移動時間や待ち時間等

(2) 訪問介護計画の作成

1) サービス提供責任者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定訪問介護（指定介護予防型訪問サービス）の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載した訪問介護（介護予防型訪問サービス）計画（サービス計画）を作成します。

2) 前項の訪問介護（指定介護予防型訪問サービス）計画は、すでに「居宅サービス計画」「介護予防サービス計画」が作成されている場合は、当該計画の内容に沿って作成します。

3) サービス提供責任者は、1)の訪問介護（介護予防型訪問サービス）計画を作成した際には、利用者又はその家族に内容を説明し、同意をいただきます。

4) サービス提供責任者は、訪問介護（介護予防型訪問サービス）計画作成後においても、当該訪問介護（介護予防型訪問サービス）計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて当該訪問介護（介護予防型訪問サービス）計画の変更を行いません。

8 (サービスの利用方法)

(1) サービスの利用開始

契約を締結した後、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

①利用者のご都合でサービスを終了する場合、文書でお申し出があれば、いつでも解約できます。

②人員不足等やむを得ない事情により事業所の都合で、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30日以上前までに文書で通知します。

③自動終了

以下の場合、双方の文書が無くとも自動的にサービスを終了いたします。

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合。
- ・ 介護保険給付若しくは第1号事業支給対象でサービスを受けていた利用者の要介護区分が介護保険の非該当と認定された場合。
- ・ 利用者が亡くなられた場合、又は被保険者資格を喪失された場合。

④その他

利用者やご家族の方などが、事業所や事業所の使用する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、文書で通知する事により即座にサービスを終了させていただく場合があります。

9 (契約の終了と自動更新について)

契約の有効期間については、要介護認定の有効期間の満了日でいったん終了することとなります。但し、有効期間の満了7日前までに、利用者から契約を終了する旨の申し出がない場合は、この契約は次の要介護認定の有効期間まで自動的に更新されます。

10 (苦情相談窓口)

(1) 苦情相談窓口

事業所が提供するサービスに関する苦情は、下記の窓口で受け付けます。

窓口設置場所 月～金 9時～18時 (12月31日～1月3日除く)	ヘルパーステーション 愛・家族
担当者	野中 光
連絡先 (電話番号)	080-8720-2857 (代表・転送)

(2) 事業所に対する苦情は、次の第三者機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	連絡先 (電話番号)
福祉推進部 指導監査課 介護事業者指定・指導担当 (平日) 8時30分～17時15分	TEL089-948-6968 FAX089-934-1763
愛媛県国民健康保険団体連合会 (平日) 8時30分～17時15分 (総合事業を除く)	TEL089-968-8700 FAX089-968-8717
愛媛県社会福祉協議会 愛媛県福祉サービス 運営適正化委員会 (平日) 9時～12時 13時～16時30分	TEL089-998-3477

11 (第三者による評価の実施状況)

第三者による評価の実施状況	1.あり	実施機関名	
	②.なし	実施日	
		結果の開示	1.あり 2.なし

尚、今後の公表については、HP[介護情報システム]にて掲載しています。

12 (緊急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、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、「居宅サービス計画」「介護予防サービス計画」を作成した居宅介護支援事業所等へ連絡をします。

13 (事故発生時の対応)

事業者は、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、速やかに市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。

1 事業者は、サービスの提供に伴って、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、速やかに損害賠償を行います。

2 事業所は、損害賠償のために、以下の損害賠償責任保険に加入する。

○ 加入保険名

引受保険会社 : 東京海上日動火災保険株式会社
取扱代理店 : 株式会社 ミック
保険商品の名称 : 「居宅介護事業者賠償責任保険」

○ 保険の内容

居宅サービス事業所が行う居宅介護サービスその事業所の使用・管理・運営および提供したサービスにより事業所に法的賠償責任が発生した場合の補償。

○ 保険が適用される主な事故

業務遂行に起因する対人・対物事故
個人情報漏えい事故（外部からのウィルス要員での事故も含む）
受託物の損壊（滅失・破損・汚損・紛失・盗難・詐取含む）
人格権侵害事故（他人の自由・名誉またはプライバシーの侵害）

○ 保険が適用されない主な事故

保険契約者または、被保険者の故意
戦争・噴火・洪水・津波・高潮
自動車・航空機の所有・使用・管理
汚染物質（人体・生物に有害な物質等）の排出・流出
（ただし、排出等が不測かつ急激で所定の期間内に通知された場合は保証の対象になります）

施設の修理、改造等に起因する事故

受託物に含まれないもの

- ①有価証券・印紙・切手・帳簿 ②宝石・貴金属・美術品・骨董品
③稿本・設計書・雛型・勲章 ④自動車・航空機・船舶
⑤動物・植物等の生物

14（虐待防止のための措置に関する事項）

(1) 事業者は、利用者の人権の擁護及び虐待等の防止のために必要な措置を講じます。

(2) 事業者は、サービスの提供にあたり、従業者又は 養護者（利用者の家族等高齢者を養護する者）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します。

(3) 定期的な対策委員会の設置と研修を行い、正しい知識をもち防止致しません。

虐待防止に関する責任者	管理者
-------------	-----

15（身体的拘束等の禁止及び緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合の手続）

(1) 事業者は、サービスの提供に当たっては、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行わないものとしします。

ただし、やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、本人又は家族の同意を得て実施し、その態様及び時間、利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由等必要な事項を記録します。

(2) 正しい知識で対応するため、定期的な委員会の設置と研修を行います。

身体的拘束等に関する責任者 管理者

16（サービス利用に当たっての留意点）

サービス利用に当たって利用者に注意していただきたいことは下記の通りです。

(1) 訪問介護員等は次の業務はできないので、ご了解願います。

① 医療行為及び医療補助行為（資格保持者且つ医師の指示がある場合を除く）

② 金銭などの取り扱い

③ 家族の方に対する食事の準備等

(2) 訪問介護員に対し、贈り物、飲食物の提供はお断りいたします。

※ 体調の変化などでサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の居宅介護支援事業所・地域包括支援センター又は事業所の担当者までご連絡下さい。6「サービスの中止」参照

【説明確認書】

上記、重要事項説明の説明を受け、利用者と事業所間での同意のもと以下に署名いたします。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____

代理人（選任した場合） 住所 _____

氏名 _____（続柄）

事業者	住 所	愛媛県松山市港山町 4 番 17 号
	事業者名	株式会社 松の花
	代表者名	中西 龍仁

事業所	住 所	愛媛県松山市石風呂町 1-5
	事業所名	ヘルパーステーション 愛・家族

説明者 _____