

訪問介護・介護型ヘルプサービス

重要事項説明書

本書は、あなたへの訪問介護サービスの提供開始にあたり、「介護保険法」及び「京都市介護保険法に基づく事業及び施設の人員、設備及び運営の基準等に関する条例」に基づき、事業者があなたに説明すべき重要事項を記載しています。

当事業所は介護保険法に基づく指定を受けています。

〈京都市指定 第 2670501044 号〉

株式会社ワンアップ

訪問介護まごのて東寺

京都市南区吉祥院池ノ内町 4 番地 メゾン・ド・レスポワール 1 階

TEL 075-280-3710

FAX 075-280-3711

訪問介護・介護型ヘルプサービス重要事項説明書

＜令和5年7月1日現在＞

1. 事業者の概要についてご説明します。

事業者名称	株式会社ワンアップ		
本社所在地	京都市南区西九条小寺町5番地5		
電話番号	075-280-3710	FAX 番号	075-280-3711
ウェブサイト			
代表者	稲田 貴		
事業内容	指定訪問介護・指定介護型ヘルプサービス		
事業所名	訪問介護まごのて東寺	指定番号	京都市 2670501044 号
所在地	京都市南区吉祥院池ノ内町4番地 メゾン・ド・レスポワール1階		
電話番号	075-280-3710	FAX 番号	075-280-3711
管理者	稲田 貴		
開所年月日	平成29年10月1日		
事業所が行なっている他の業務	<ul style="list-style-type: none"> ・障害者総合支援法に基づく指定障害福祉サービス（居宅介護・重度訪問介護） ・京都市移動支援事業 		

2. 当事業所が掲げる事業目的及び運営方針・理念は以下のとおりです。

事業の目的	当事業所が行う訪問介護の事業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業を定め、事業所の介護福祉士または介護職員研修の修了者等（以下「訪問介護員」という）が、要介護状態または要支援状態にある高齢者に対し、適正な訪問介護の事業を提供することです。
運営方針	<p>事業所の訪問介護員は、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・排せつ・食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行います。</p> <p>訪問介護の事業の実施にあたっては、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ます。</p> <p>また、企業理念として、職員がプロ意識と誇りを持ち、笑顔を絶やさず安心して働ける環境を作る事により介護の質が向上しご利用者様及び関係機関からの評価が向上します。</p> <p>仕事の依頼が増え、会社が潤い職員と社会に還元できます。</p> <p>この福祉の輪を日本及び全ての地域社会に広げていく事が当社の役目であり、営利法人であるも、「人間に貢献できる企業」という自覚を持ちます。</p> <p>これが当社の企業経営理念です。</p>

3. 事業所の人員体制は以下のとおりです。

(当事業所は厚生労働省が定める人員基準を遵守しています。)

職員の職種		人数	区分		常勤換算後の人数	職務の内容
			常勤	非常勤		
管理者		1名	1名	名	0.7	事業所の運営管理(サービス提供責任者と兼務)
サービス提供責任者	介護福祉士	4名	4名	名	3.0	訪問介護員の指導、訪問介護計画の作成等(訪問介護員と兼務)
	看護師	名	名	名		
訪問介護員	介護福祉士	名	名	名	6.0	訪問介護サービスの提供
	介護職員実務者研修修了者	名	名	名		
	介護職員初任者研修修了者等	6名	6名	名		
	看護師	名	名	名		
総数		10名	10名	名	9.7	

当事業所では、ご利用者に対して指定訪問介護、指定介護型ヘルプサービスを提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

4. 事業所の営業日・受付時間・サービス提供日・サービス提供時間は次のとおりです。

営業日	年中無休
受付時間	午前9時～午後6時
サービス提供日	毎日
サービス提供時間	24時間

5. 通常の事業実施地域

京都市南区、下京区、伏見区

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金(介護保険給付対象サービス)

当事業所では訪問介護員がご自宅を訪問し、介護保険制度に基づく訪問介護サービスをご提供します。訪問介護サービスには次の2種類があります。

身体介護	入浴・排せつ・食事・衣服の着脱・体位変換・通院介助等の介護を行います。
生活援助	調理・洗濯・掃除・買い物等日常生活上の家事を援助します。

※「通院介助」についてはご自宅から病院までの道程における同行介助のみが介護保険給付対象であり、病院内での付添いは原則として介護保険ではお引き受けできません。

<サービス利用料金>

サービス利用に係る利用料金は以下の通りです。介護保険給付対象サービスの利用については、通常、利用料金の9割の額（一定以上の所得のある方は8割、現役並みの所得のある方は7割）が介護保険から支給されます。

○訪問介護（サービス1回あたりのご利用者負担額（1割負担の場合））

利用時間	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満	1時間30分 以上
身体介護	179 円	268 円	424 円	620 円	710 円
利用時間	20分以上 45分未満	45分以上			
生活援助	196 円	241 円			

○訪問介護（サービス1回あたりのご利用者負担額（2割負担の場合））

利用時間	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満	1時間30分 以上
身体介護	358 円	535 円	848 円	1239 円	1419 円
利用時間	20分以上 45分未満	45分以上			
生活援助	392 円	482 円			

○訪問介護（サービス1回あたりのご利用者負担額（3割負担の場合））

利用時間	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満	1時間30分 以上
身体介護	536 円	803 円	1272 円	1,859 円	2,129 円
利用時間	20分以上 45分未満	45分以上			
生活援助	588 円	723 円			

※ 身体介護に引き続いて生活援助を行った場合、利用時間に応じて以下の金額が加算されます。

（サービス1回あたりのご利用者負担額（1割負担の場合））

利用時間	20分以上 45分未満	45分以上 70分未満	70分以上
生活援助加算額	72 円	144 円	215 円

（サービス1回あたりのご利用者負担額（2割負担の場合））

利用時間	20分以上 45分未満	45分以上 70分未満	70分以上
生活援助加算額	144 円	287 円	430 円

（サービス1回あたりのご利用者負担額（3割負担の場合））

利用時間	20分以上 45分未満	45分以上 70分未満	70分以上
生活援助加算額	215 円	430 円	645 円

<特定事業所加算>

当事業所では、ご利用者の皆様によりよいサービスを提供できるよう、優秀なスタッフの養成や、サービス提供体制の整備・充実に向け日々努めているところでありますが、これについて行政から（Ⅰ）から（Ⅴ）の評価を受けた場合、それぞれについて介護給付費が増額となり、ご利用者負担額も下記の割合で増額となります。なにとぞご理解のほど、お願い申し上げます。

特定事業所加算（Ⅰ） 20%加算 特定事業所加算（Ⅱ） 10%加算
 特定事業所加算（Ⅲ） 10%加算 特定事業所加算（Ⅳ） 5%加算
 特定事業所加算（Ⅴ） 3%加算

○介護型ヘルプサービス（1割負担の場合）

	1週間に1回訪問	1週間に2回訪問	1週間に3回以上訪問
1か月料金	1,259円	2,514円	3,988円

○介護型ヘルプサービス（2割負担の場合）

	1週間に1回訪問	1週間に2回訪問	1週間に3回以上訪問
1か月料金	2,517円	5,027円	7,976円

○介護型ヘルプサービス（3割負担の場合）

	1週間に1回訪問	1週間に2回訪問	1週間に3回以上訪問
1か月料金	3,775円	7,541円	11,964円

※初回加算 214円（サービス初回月にサービス提供責任者がご訪問した際）

※緊急時訪問介護加算 107円（ご利用者やご家族等の要請を受け、ケアマネジャーと連携を図り、ケアマネジャーが必要と認めた介護計画にない訪問介護（身体介護）を行った際）

※生活機能向上連携加算（Ⅰ） 107円（訪問リハビリテーション実施時にサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が、同時にご利用者宅を訪問し、両者の共同による訪問介護計画を作成した場合）

<介護職員処遇改善加算>

当事業所では、行政の指導に従い、優秀なスタッフの獲得および養成に資するため、職員の処遇改善に日々努めているところでありますが、これについて行政からの承認を受けた場合、介護給付費が13.7%加算となり、ご利用者負担額も同割合で増額となります。なにとぞご理解のほど、お願い申し上げます。

<介護職員特定処遇改善加算>

当事業所では、行政の指導に従い、経験・技能を有するリーダー的なスタッフに向けてのさらなる処遇改善に日々努めているところでありますが、これについて行政からの承認を受けた場合、介護給付費が6.3%加算（加算Ⅰ）となり、ご利用者負担額も同割合で増額となります。なにとぞご理解のほど、お願い申し上げます。

<介護職員等ベースアップ等支援加算>

当事業所では、行政の指導に従い、スタッフのさらなる賃金アップに日々努めているところですが、これについて行政からの承認を受けた場合、介護給付費が2.4%加算となり、ご利用者負担額も同割合で増額となります。なにとぞご理解のほど、お願い申し上げます。

<割増料率・割引料率>

以下の場合には、利用料金が割増となります。

通常時間外のサービス提供	夜間（午後6時～午後10時）	125/100
	早朝（午前6時～午前8時）	125/100
	深夜（午後10時～午前6時）	150/100
2名の訪問介護員によるサービス提供		2倍の料金

<交通費>

通常の事業の実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した公共交通機関の運賃等の実費をご負担いただきます。

また、訪問介護員が自動車または自動二輪車・原動機付自転車を利用した場合には、通常の事業の実施地域から5キロメートル以上離れた場所でサービスの提供を受けた場合は1回につき250円を、10キロメートル以上離れた場所でサービスの提供を受けた場合は1回につき500円を、ご負担いただきます。

<その他>

☆ご利用者がいまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援認定・要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から返戻されます（償還払い）。また居宅サービス計画（ケアプラン）が作成されていない場合も同様の取り扱いとなります。償還払いでは、ご利用者の保険給付の申請に際し「サービス提供証明書」が必要となりますので、事業所に交付請求を行ってください。

☆介護報酬の改正等により介護保険からの給付額に変更があった時は、変更された額に応じて、ご利用者の自己負担額も変更となります。

7. 介護保険給付の対象とならないサービスの利用について

介護保険給付の支給限度額を越える訪問介護サービスの利用については、利用料金の全額がご利用者のご負担となります。

利用料金は、介護保険給付費に準じます。

8. 利用のキャンセル・変更・追加

<キャンセル・変更・追加期限>

利用予定日の前に、ご利用者の都合により、訪問介護サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、利用予定の24時間前までに事業所に申し出てください。

<キャンセル料>

キャンセル期限までに申し出がなく、キャンセル期限以降に利用の中止を申し出された場合には、以下の表に基づくキャンセル料をいただきます。

(ただし、体調不良等やむを得ない理由がある場合にはキャンセル料は発生しません。)

利用予定時間の24時間前までのキャンセル	無 料
利用予定時間の12時間前までのキャンセル	500円
利用予定時間の12時間前以後のキャンセル	1000円

<サービス利用の変更・追加>

- ①市町村が決定した「支給量」及び当該サービスの利用状況によっては、サービスを追加することもできます。
- ②サービス利用の変更・追加は、訪問介護員の稼働状況によりご利用者が希望する時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時をご利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

9. 利用料金の支払方法について

サービス利用にかかる料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月25日までに以下のいずれかの方法にてお支払いください。

ア. 下記指定口座への振込み

京都中央信用金庫 東寺支店

普通預金 口座番号 0145666 口座名義 株式会社ワンアップ

代表取締役 稲田 貴

イ. 金融機関口座からの自動引落とし

ウ. 直接のお支払い

10. サービスの利用に関する留意事項

<サービス提供を行う訪問介護員>

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。

ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

<訪問介護員の交替>

①ご利用者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。

②事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。

訪問介護員を交替する場合はご利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないように十分に配慮するものとします。

＜サービス実施時の留意事項＞

①訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、ご利用者に対する訪問介護サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

ア. 医療行為

イ. 介護保険制度が規定する訪問介護以外のサービス

ウ. ご利用者もしくはそのご家族等からの高額な金銭または高価な物品の授受

エ. ご利用者のご家族等に対する訪問介護サービスの提供

オ. 飲酒及びご利用者もしくはご家族等の同意なしに行う喫煙

カ. 身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為（ご利用者または第三者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）

キ. ご利用者もしくはそのご家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他ご利用者もしくはそのご家族等に行う迷惑行為

②備品等の使用

訪問介護サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

＜個人情報の取り扱いについて＞

①当事業所では、適正な訪問介護の提供を図るため、ご利用者やご家族の個人情報をお聞きます。

②当事業所は、ご利用者及びご家族の個人情報の流出、紛失、誤用を防止するため、個人情報を厳重に管理するほか、職員及び退職者、ならびに関係者に対し、個人情報保護について教育・啓発・周知を徹底します。

③当事業所は、ご利用者の緊急時において医療機関等の求めに応じ、ご利用者の生活に関する情報、傷病に関する情報、ならびにご家族の連絡先等の情報を提供できるものとします。

④当事業所は、ご利用者に係る他の居宅サービス事業者等との連携を図るため、ご利用者及びご家族の事前の同意を得た上で、ご利用者またはご家族等の個人情報をサービス担当者会議に提出または照会できるものとします。

11. 苦情・相談の受付について

＜苦情の受付＞

①当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○ご相談・苦情受付窓口（責任者） 稲田 貴

○電話番号 075-280-3710

○受付時間 月曜から金曜 9:00～18:00

②行政機関その他苦情受付機関

南区 区役所康長寿推進課 南区西九条南田町 1-3

TEL 681-3167

下京区 区役所健康長寿推進課 下京区西洞院通塩小路上る東塩小路町 608 番地 8

TEL 371-7214

伏見区 区役所健康長寿推進課 伏見区鷹匠町 39 番地の 2

TEL 611-2279

伏見区 深草支所健康長寿推進課 TEL 642-3616	伏見区深草向畑町 93 番地 1
伏見区 醍醐支所健康長寿推進課 TEL 571-6471	伏見区醍醐大構町 28 番地
京都府国民健康保険団体連合会 TEL 354-9090	下京区烏丸通四条下る白銀屋町 620
京都府社会福祉協議会 サービス適正化委員会 TEL 252-2152	中京区竹屋町通烏丸東入る清水町 375 ハートピア京都 5 階

12. サービス実施の記録について

①サービス実施記録の確認

当事業所では、サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、ご利用者にその内容のご確認をいただきます。内容に、間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。なお、訪問介護計画及びサービス提供ごとの記録は、サービスが完結した日から5年間保存します。

②ご利用者の記録や情報の管理、開示について

当事業所では、関係法令に基づいて、ご利用者の記録や情報を適切に管理し、ご利用者の求めに応じてその内容を開示します。（開示に際して必要な複写料などの諸費用は、ご利用者の負担となります。）

13. 損害賠償保険への加入

当事業者は、損害賠償保険に加入しています。

14. 緊急時及び事故発生時における対応方法

①緊急時等の対応方針

サービス提供中に病状の急変等があった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をするとともに必要な措置を講じます。

また、サービス提供中に事故等が発生した場合には、必要な措置を講じるとともに上記に加え、京都市及び関係市町村等に連絡を行います。

主治医	病院名及び所在地	
	氏 名	
	電話番号	
緊急時連絡先 （家族等）	氏名（続柄）	
	住 所	
	電話番号	

※サービス提供時間外の緊急時等については、ご利用者やご家族等からのご連絡を受けたなら、関係各機関との連絡・連携をはかりつつ、可能な限りすみやかな対応に努めます。

②緊急時等の連絡先及び対応時間

☆平常の時間帯（午前9時から午後6時）：事業所電話番号 075-280-3710

☆平常の時間帯以外：事業所携帯電話番号 070-3350-8191

15. 第三者による評価の実施状況（有 ・ 無）

①実施した年月日 年 月 日

②実施した評価機関の名称

③当該結果の開示状況（有 無）

令和 年 月 日

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

管理者名 稲田 貴

説明者職名

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、その内容に同意のうえ、本書面を受領しました。

ご利用申込者氏名 印

上記の者は署名・捺印が困難なため、私が代って署名・捺印を行います。

代理人氏名 印

(続柄)