

訪問介護・第一号訪問事業 重要事項説明書  
(ぽれぽれ檀原在宅支援相談センター)

年 月 日

訪問介護・第一号訪問事業の提供開始にあたり、「利用者」と及び「身元引受人」、  
「事業者」は、以下の条項に基づく重要事項説明書の内容と別紙にある個人情報  
利用等同意書に合意し、本重要事項説明書 2 通を作成、記名の上、各自その 1 通を  
保有します。

利用者（契約者）住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

身元引受人 住所 \_\_\_\_\_

氏名（続柄） \_\_\_\_\_

署名代行人 住所 \_\_\_\_\_

氏名（続柄） \_\_\_\_\_

事業者 住所 奈良市登美ヶ丘二丁目 2 番 1 5 号

事業者名 株式会社ひまわりの会

代表者名 酒 井 建 次

説明者 事業所名 ぽれぽれ檀原在宅相談センター

説明者氏名 \_\_\_\_\_

この重要事項説明書は、ご利用者が、介護サービスを受けられるに際し、予めご利用者やそのご家族に対し、当事業所の運営規程の概要や従事者などの勤務体制、その他のご利用者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記したものです。ご利用者にこの文書を交付して、ご説明申しあげることが、事業者の義務として法令上規定されております。

## 1. 当社が提供するサービスについての相談・苦情受付窓口

電話番号 0744-28-6561  
担当窓口 深見 愛（月～土 午前9時～午後5時）

## 2. 事業の目的

この事業は、株式会社ひまわりの会が開設する訪問介護事業所が行う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項を定め、当事業所では介護の状態にある高齢者に対し、ひとりひとりゆっくりと穏やかに生活していただけるよう適正な介護サービスを提供することを目的とします。

## 3. 運営方針

- (1) 「尽道楽生」～ゆっくり、楽しく、一緒に～の理念のもと「笑い」と「穏やかな生活」を常に求め、ひとりひとりの尊厳を大切にしてお世話をさせていただきます。
- (2) 家庭的な環境のもとで日常生活上のお世話及び生活リハビリテーションを行い、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援助を行います。
- (3) 健康維持のため健康管理に努め、協力医療機関との連携を密にします。
- (4) 自然との触れ合いを大切にします。
- (5) 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。

## 4. ぽれぽれ橿原在宅支援相談センターの概要

### (1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	ぽれぽれ橿原在宅支援相談センター
所在地	橿原市白橿町二丁目29番8号
介護保険指定番号	奈良県2970501801
サービスを提供する地域	大和高田市、橿原市、桜井市、高取町、明日香村の区域とする。 ※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。 ※上記地域以外は交通費をいただきます。

### (2) 同事業所の職員体制

		資格	常勤	非常勤	計
管理者		介護福祉士	1名		1名
サービス提供責任者		介護福祉士	1名以上		1名以上
事務職員（兼務）				1名	1名
従事者	介護福祉士		1名以上	4名以上	5名以上
	初任者研修、実務者研修修了者等			8名以上	8名以上
	生活援助従事者研修修了者				

(3) サービスの提供時間帯

	通常時間帯 午前9時～午後6時	通常時間帯以外
平日・土・日・祝日	○	ご希望がございましたらご相談ください。
年末年始（12/31, 1/1, 1/2）はお休みさせていただきます。		

5. 職務内容

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、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行います。

(1) 訪問介護

- ①身体介護 ②生活援助

(2) 第一号訪問事業

- ①身体介護 ②生活援助

6. 利用料金

(1) サービス利用料

保険対象費用の自己負担分となります。負担割合は1割または一定以上の所得がある場合は、介護保険負担割合証に応じた額となります。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。

① 訪問介護

要介護の場合（一例）		単位	自己負担額（1割）	自己負担額（2割）
身体1・Ⅱ	回	268	274円	548円
身体1生活1・Ⅱ	回	340	348円	695円
身体2・Ⅱ	回	426	435円	870円
身体2生活1・Ⅱ	回	497	508円	1,015円

- 事業所所在地檀原市（7級地 10.21）の地域加算が加えられます。

- 特定事業所加算Ⅰ～Ⅴの加算が加えられます。
- 毎月利用された介護サービス総単位数に介護職員等処遇改善加算Ⅱ口(26.6%)。
- 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。
- 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、ご利用者の居宅サービス計画(ケアプラン)に定められた目安の時間を基準とします。
- やむを得ない事情で、かつ、ご利用者の同意を得て、二人で訪問した場合は、二人分の料金となります。
- ご利用者やご家族からの要請を受け、サービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り、ヘルパーが居宅サービス計画にない訪問介護(身体介護)を行った場合は、緊急時訪問介護加算を算定いたします。
- 新規に訪問介護計画を作成した場合、初回にヘルパーが訪問した月と同月内に、サービス提供責任者が自ら訪問を行う場合、又は他のヘルパーの訪問に同行した場合は、初回加算を算定いたします。
- サービス提供責任者が理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言を受け、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成した場合、生活機能向上連携加算を算定することがあります。

## ② 第一号訪問事業

### 【基本部分】身体介護及び生活援助

サービス名称	サービスの内容		単位	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
生活援助型	週1～週2回	日	225	230円	460円
身体介護型Ⅰ	週1回までの身体介護のみ	日	268	274円	548円
身体介護型Ⅱ	週2回までの身体介護・生活援助	日	272	278円	556円
身体介護型Ⅲ	週3回までの身体介護・生活援助	日	287	293円	586円

【加算】以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件		単位	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	月	200	205円	409円

- 上記金額は地域加算(10.21)を乗じた額
- 利用者負担については、負担割合証の本人負担割合に応じた額とします。
- 毎月使用された介護サービス総単位数に介護職員等処遇改善加算Ⅱ口(26.6%)。

## (2) 交通費

前記 4 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。それ以外の方は、通常の実施地域を超えた地点から 1 0 0 円/km (非課税) の交通費の実費が必要です。

( 3 ) サービスの利用の中止

急な利用の中止の場合は、下記の料金をいただきます。  
 キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。  
 (連絡先 0 7 4 4 - 2 8 - 6 5 6 1 深見 愛迄)

ご利用日の前日午後 5 時迄にご連絡いただいた場合	無 料
ご利用日の前日午後 5 時以降にご連絡いただいた場合	2, 0 0 0 円(非課税)

( 4 ) その他

① ご利用者の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、電話等の費用はご利用者のご負担になります。

② 料金のお支払方法

毎月、10 日頃に前月分のご請求をさせていただきます。

- 南都銀行・ゆうちょ銀行の自動引落とさせていただきます。どちらの支店でも結構です。

所定の用紙を別途お渡しします。毎月 18 日 (金融機関休業日の場合は翌営業日) に自動引落させていただきます。

- やむを得ない事情がある方のみ下記へ 20 日迄にお振込み下さい。

振込先：南都銀行 学園前支店 普通預金 口座番号 0 7 3 3 0 9 5

口座名義人 株式会社ひまわりの会 代表取締役 酒井建次

7. 当社の訪問介護・第一号訪問事業の特徴等

高齢者を敬い、ご家族の心身の介護のご負担をお察ししながら、信頼関係を大切にして、介護保険法に基づきニーズにお答えしてまいります。

事前に責任者をご自宅へ伺い、ご利用者のご様子やご家族のご要望をお聞きします。

サービス利用のために

事 項	備 考
従業員への研修の実施	毎月 1 回 キャリアアップ研修会の実施
担当ヘルパーの交替	よりよい介護の為に交替することがあります。

8. 緊急時の対応方法

( 1 ) サービスの提供中にご利用者の容態の変化などがあつた場合は、救急情報連絡シートに従って、ご家族、主治医、救急隊、医療機関、居宅介護支援事業

者などに連絡します。

- (2) 利用中の体調の変化には職員が十分な注意を払いますが、健康状態について、留意すべき点があれば事前に申し出をお願いします。また利用中に気分が悪くなった場合には申し出をお願いします。

## 9. 事故発生時の対応方法について

サービスの提供により事故が発生した場合には、応急処置や医療機関への連絡等の必要な措置を講ずるとともに、身元引受人に連絡を行います。また、必要に応じて市町村に報告します。

事故の発生によりご利用者の生命・身体・財産に損害が発生した場合には、相当因果関係の範囲内の損害を賠償いたします。

ご利用者・身元引受人においては、医療機関が保険会社に利用者の個人情報を提供することの同意と診断書の取得手続きについてご協力ください。

## 10. 虐待の防止

事業者は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止の為に、「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成 17 年法律第 124 号）」を遵守します。ご利用者又は他のご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いて、身体的拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行いません。

## 11. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用方法

お問い合わせ	お電話でご相談
利用申込み	利用申込書をご提出
面 談	ご利用者に面談
ご 契 約	契約書に署名
ご利用開始	サービスの提供を開始

### (2) サービスの終了

#### ① ご利用者からサービスを終了する場合

ア. サービス終了を希望する日の 1 カ月前までに文書でお申し出下さい。

イ. 次の場合、ご利用者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。

- ・ 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
- ・ ご利用者またはご家族などに社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・ 当社が破産した場合

#### ② 当社からサービスを終了する場合

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 カ月前までに文書で通知いたします。

- ・ ご利用者がサービス利用料金の支払いを 3 カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 1 週間以内に支払われない場合
- ・ ご利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合
- ・ ご利用者が入院もしくは病気等により、3 カ月以上にわたってサービスが利用できない状態が明らかになった場合
- ・ ご利用者またはその身元引受人ないしご家族、その他関係者が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、当事業者の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが著しく困難となったとき。

③ 自動的に終了する場合

- ・ ご利用者が介護福祉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ご利用者の要介護認定区分が、非該当（自立等）と認定された場合  
但し、条件を変更して再度ご契約可能な場合がありますのでご相談下さい。
- ・ ご利用者がお亡くなりになった場合

(3) ハラスメントについて

利用者またはその身元引受人ないしご家族（内縁関係等の関係者を含む）職員への次のようなハラスメントは固くお断りします。

ハラスメントが認められる場合はサービスの中断や契約を解除し、法的対応を取らせていただく場合があります

当者の施設やサービスの快適性、安全性を確保するためにもご協力をお願いします

- 1) 身体的暴力・・・身体的な力を使って危害を及ぼす行為  
例：コップを投げつける。たたく、唾を吐く。
- 2) 精神的暴力・・・個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為  
例：怒鳴る。威圧的な態度で文句を言い続ける。  
理不尽なサービスを要求する。
- 3) セクシャルハラスメント・・・意に沿わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求など、性的ないやがらせ行為  
例：必要もなく手や腕を触る。抱きしめる。卑猥な言動を繰り返す。

1 2. 第三者による評価の実施状況等

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

### 1 3. サービス実施の記録と事業計画の閲覧について

- (1) 事業者は、介護計画及びサービスに関する記録をそのサービスを提供した日から5年間保存します。
- (2) ご利用者は事業者の営業時間内にその事業所において、事業計画を閲覧できます。

### 1 4. サービス内容に関する苦情

株式会社ひまわりの会 苦情・相談受付窓口(本部)

電話 0120-532-315

奈良県国民健康保険団体連合会 介護サービス相談苦情窓口

電話 0120-21-6899

橿原市介護保険担当課

電話 0744-22-8108

奈良県福祉医療部 医療・介護保険局 介護保険課

電話 0742-22-1101

(別紙)

## 個人情報利用等同意書

私及び私の家族は、貴社が私及び私の家族の個人情報を以下のとおり取得、利用及び第三者に提供することに同意します。

記

### 1 取得する個人情報

- ① 氏名、住所、性別、生年月日、電話番号、メールアドレスなどの本人確認に関する情報
- ② 顔画像等の特定の個人を識別することができる情報
- ③ 健康情報、病歴、障害に関する情報
- ④ 金融機関口座に関する情報、決済及びその方法に関する情報
- ⑤ その他貴社への問合せ、ご連絡に関する情報

### 2 利用目的

- ① サービス提供のため。
- ② サービスの提供に伴い発生した会計・経理に関する業務、入退所等の管理及び事故の報告等のため。
- ③ 貴社が、利用者の利用する他の事業者の担当者との間で担当者会議を行い、情報を共有するため。
- ④ 支援事業所等との連携及び連絡調整のため。
- ⑤ サービス提供中に病院に行ったときに、医師・看護師等医療関係者に説明するため。
- ⑥ 損害賠償保険などに係る保険会社等へ相談又は届出等を行うため。
- ⑦ 利用の有無、利用時の様子に関し家族への状況を説明するため。
- ⑧ 上記各号にかかわらず、緊急を要する際に家族への連絡を行うため。
- ⑨ その他上記目的に付随する業務を行うため。

### 3 個人情報の第三者提供

上記 2 記載のうち③～⑨までの目的で第三者に個人情報を提供する。

以上