

京都市介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問事業

介護型ヘルプサービス，生活支援型ヘルプサービスの重要事項説明書

〈令和7年1月1日 現在〉

あなた（あなたのご家族）が利用しようと考えている京都市介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問介護事業・介護型ヘルプサービス，生活支援型ヘルプサービス（以下「訪問介護」といいます）について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容をご説明いたします。分からないこと、分かりにくいことがあれば、遠慮なくご質問ください。《この「重要事項説明書」は、厚生省令に基づき、契約締結に際して、ご注意ください内容を説明するものです》

1. 訪問介護を提供する事業者について

事業者名称・代表者氏名	公益社団法人信和会	理事長 小林充	1955年1月12日法人設立
本部所在地	京都市左京区田中飛鳥井町89 京都民医連あすかい病院内 電話 075-712-9111 FAX 075-712-9118（介護事業部）		
介護事業所数	介護予防支援	1事業所	通所リハビリ 5事業所
	居宅介護支援	4事業所	通所介護 1事業所
	訪問介護	3事業所	訪問看護 3事業所
	居宅療養管理指導	6事業所	訪問リハビリ 2事業所
	短期入所療養介護	1事業所	介護医療院 1事業所

2. 事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

事業所名	公益社団法人信和会 ヘルパーステーションこでまり
所在地	〒606-8226 京都市左京区田中飛鳥井45
介護保険指定番号	京都市指定 介護型2660690021 生活支援型26A0600203
サービス提供地域	京都市左京区高野中学区（養正・養徳学区） 東山区
連絡先	電話075-724-0173

(2) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	介護福祉士	1名		職員の管理及び相談等	1名
サービス提供責任者	介護福祉士	5名	0名	訪問介護計画の作成・変更、利用の申込みにかかる調整。状態悪化や意向を把握、居宅介護支援事業所との連携。訪問介護員への指示、情報伝達、実施状況の把握。訪問介護員の業務管理、研修、技術指導。その他サービス内容の管理	5名
訪問介護員	介護福祉士	6名	4名	利用者の在宅生活の継続を目的とした生活援助・身体介護等のサービス実施	10名
	ヘルパー2級資格	0名	1名		1名
事務職員			1名	請求入力業務等	1名

(3) 営業時間

下記営業日・営業時間を原則とし、具体的なサービス提供時間については相談の上決定します。

平日	午前8時45分～午後4時45分
土曜	午前8時45分～午後12時45分
日曜・祝日	日曜・祝日休業及び、12月29日～1月3日は年末年始休業

3. 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	信和会が開設する訪問介護事業所が、要支援状態等にある高齢者に対し援助を行うことにより、その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支援することを目的とします。
運営の方針	利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止、又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、訪問介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な援助を行います。

4. 利用料及び支払い方法について

- (1) 利用料は下記の通りです。ただし法定代理受領サービスにつき、事業を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣または市町村が定める基準によるものとなります。
- (2) 法定代理受領ができない場合、一旦全額利用料を頂戴し、サービス提供証明書を発行いたします。後日、市区町村窓口へ提出し払い戻しを受けることができます。
- (3) 費用の徴収が必要となった場合は、その都度ご説明し同意を得ます。
- (4) 原則、口座振替となります。(現金でのお支払いをご希望の方はお申し出下さい) 毎月10日以降に請求書を発行します。翌月の12日(日祝の場合翌営業日)に指定口座より振り替えさせていただきます。引落確認の後、領収書を発行いたします。

【基本単位数/要支援】(1月につき)(1単位=10.70円)

サービスに要する時間	介護型(身体介護含む支援)
週1回程度	1,176単位/約1,259円(1割) 約2,517円(2割)
週2回程度	2,349単位/約2,514円(1割) 約5,027円(2割)
週3回程度	3,727単位/約3,988円(1割) 約7,976円(2割)
サービスに要する時間	生活支援型(生活援助)
週1回程度	987単位/約1,056円(1割) 約2,113円(2割)
週2回程度	1,972単位/約2,110円(1割) 約4,220円(2割)
週3回程度	3,129単位/約3,348円(1割) 約6,696円(2割)

【加算】

初回加算	200単位/月	新規に訪問介護計画を作成した利用者に対し、初回の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又は他の訪問介護員が訪問介護を行う際に同行訪問した場合
生活機能向上連携加算	100単位	訪問リハビリ事業所の理学療法士等が訪問リハビリを行った際サービス提供責任者が同行し生活機能向上を目的とした身体状態評価を行い、訪問介護・予防訪問介護サービスを行った場合
介護職員等処遇改善加算	基本報酬に対して24.5%を加算	介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算の一本化

5. その他の費用について

①キャンセル料	サービス利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	前日の夕方4時40分までにご連絡をいただいた場合	キャンセル料は不要です
	当日に連絡の場合・訪問時にキャンセルの場合・連絡のない場合	1提供当りの介護報酬の50%を請求いたします。
※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。また、月額（包括）報酬の場合については、キャンセル料は、発生しません。		
② サービス提供に当り必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用	利用者（お客様）の別途負担となります。	
③ 通院・外出介助におけるヘルパーの公共交通機関等の交通費	実費相当を請求いたします。	

6. サービス内容に関する相談、要望、苦情の窓口

（1）当事業所の相談・苦情担当

相談・要望・苦情等については、苦情対応責任者である下記担当者までお申し出下さい。

（利用時間：月～金曜 8：45～16:45 土曜 8：45～12：45）

管理者 妹尾 真由美 電話 075-724-0173

（3）当事業所以外に、保険者である市町村の相談・苦情窓口や、京都府国民健康保険団体連合会の苦情処理窓口、法人本部に苦情を伝えることができます。

相談窓口	利用時間	電話
公益社団法人信和会本部 介護部	月～金 9:00～17:00 土 9：00～13：00	075-712-9111
京都市左京区役所・健康長寿推進課	月～金曜 9:00～17:00	075-702-1219
京都市上京区役所・健康長寿推進課	月～金曜 9:00～17:00	075-441-2872
京都市東山区役所・健康長寿推進課	月～金曜 9:00～17:00	075-561-9128
京都府 国民健康保険団体組合会	同上	075-345-9011

7. 秘密保持及び個人情報保護について

事業者及びその従業員は、正当な理由がない限りご利用者に対するサービスの提供にあたって知り得たご利用者またはご利用者家族の秘密について、従業員の退職後も含めそれを保持します。

利用者に医療上の必要がある場合やその他正当な理由がある場合には、利用者又は利用者家族からの同意を得た上で、個人情報の提供を行います。個人情報使用目的は、サービス提供・介護保険事務・管理運営業務等限定し、詳細は別紙文書「当事業所は利用者さまの個人情報保護に取り組んでいます」に記載する内容とします。

8. 事故発生時の対応・損害賠償

万一事故が発生した場合は、マニュアルに従い速やかに対処し、ご利用者家族、かかりつけ医、ご利用者の保険者である市町村に連絡します。また事業所管理者と法人介護部へ報告を行い、再発防止に努めます。事業者は、事故を防止するための不断の努力を行うと共に、万一の事故に備え「賠償責任保険」に加入します。

9. 緊急時の対応

ご利用者の体調悪化等緊急時には、緊急連絡先、かかりつけ医への連絡を行います。

緊急連絡先	お名前
	電話番号
	お名前
	電話番号
ご利用者のかかりつけ医	氏名
	医療機関
	所在地
	電話番号

以上の記載内容につき変更が生じた場合は、「変更一覧表」に変更内容を記載し、利用者と事業者の双方の合意をもって、記名・押印をし、本書に添付することとします。事業者は変更内容につき「重要事項説明書」の該当箇所を利用者に十分説明するものとします。

当事業者は、京都市介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問介護事業・介護型ヘルプサービス、生活支援型ヘルプサービスの内容及び重要事項の説明を行い交付しました。

年 月 日

事業者 事業者 公益社団法人信和会
 事業所 ヘルパーステーションこでまり
 住 所 京都市左京区田中飛鳥井町 45
 代表者名 管理者 妹尾 真由美
説明者 職名 _____ サービス提供責任者

氏名 _____

私は、本書に基づいて訪問介護サービス内容及び重要事項の説明を受け同意し受領しました。

年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

*代筆の場合下記参照)

利用者が手指の障がいなどで文字が書けない等の場合、欄外に、署名を代行の旨・続柄・氏名を付記することで差し支えない。(契約関係上、事業者は代筆不可)(例) 上記署名は、京都 花子(妻)が代行しました。

代理人 住 所 _____

(選任した場合)

氏 名 _____ (利用者との続柄 _____)