

訪問介護
重要事項説明書

株式会社 仁濟

訪問介護重要事項説明書

1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

株式会社 仁済 ヘルパーステーション大田

住所: 東京都大田区鷺の木2-23-2

介護保険指定番号 (東京都1371100205)

電話: 03(6715)0398

担当: 坪井 貴昭

※ご不明な点は何でもおたずねください。

2. 株式会社 仁済 ヘルパーステーション大田の概要

(1) ①提供できるサービスの種類と地域

種類	訪問介護
内容	身体介護(食事介助・入浴介助・排泄介助・清拭・その他)
	生活援助(買物・調理・掃除・洗濯・その他)
提供地域	大田区 ※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

② 介護保険で算定できないサービス例

- ・通院時の単なる待ち時間、移動中の単なる同乗時間
- ・長時間にわたる見守り
- ・家族同居の場合の一部の生活援助
- ・介護指定業務外の業務
- ・その他ケアプラン外の行為

(2) 事業所の職員体制

管理者	1名
サービス提供責任者	3名以上
訪問介護員	2.5人以上

(3) サービスの提供時間

営業日：月曜日～土曜日,祝祭日

休業日：日曜日,12月29日～1月3日

営業時間：9時～18時(月曜日～土曜日)

※上記以外の曜日、時間帯、緊急の場合はご相談下さい。

※時間帯により料金が異なります。

※緊急連絡先 株式会社 仁済ヘルパーステーション大田 ☎03(6715)0398

3. 利用料金

(1) 利用料料金の支払い

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、所定単位数の利用回数および合計金額を明示した利用票に基づき、原則としてかかった費用の1割から3割の負担額をお支払い頂きます。

ただし、介護保険料の滞納等により保険給付金の一部若しくは全額が直接事業者を支払われない場合、保険給付金の一部若しくは全額を自己負担していただきます。また、介護保険の給付限度額を超えたサービス利用は、全額自己負担となります。

【費用額－基本費用・昼間】

()内総費用額

身体介護	自己負担割合	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 60分未満	60分以上 90分未満	90分以上 (30分増すごとに)
	1割負担 の場合	186円 (1,858円)	279円 (2,781円)	442円 (4,411円)	647円 (6,463円)	94円追加 (934円追加)
	2割負担 の場合	372円 (1,858円)	557円 (2,781円)	883円 (4,411円)	1,293円 (6,463円)	187円追加 (934円追加)
	3割負担 の場合	558円 (1,858円)	835円 (2,781円)	1,324円 (4,411円)	1,939円 (6,463円)	281円追加 (934円追加)

生活援助	自己負担割合	20分未満	20分以上 45分未満	45分以上		
	1割負担 の場合		204円 (2,040円)	251円 (2,508円)		
	2割負担 の場合		408円 (2,040円)	502円 (2,508円)		
	3割負担 の場合		612円 (2,040円)	753円 (2,508円)		
身体介護に つな生活支援 を行った場合	自己負担割合		生活援助 20分以上 45分未満	生活援助 45分以上 70分未満	生活援助 70分以上	
	1割負担 の場合		身体介護費用 に75円加算 (+741円)	身体介護費用 に149円加算 (+1,482円)	身体介護費用 に223円加算 (+2,223円)	
	2割負担 の場合		身体介護費用 に149円加算 (+741円)	身体介護費用 に297円加算 (+1,482円)	身体介護費用 に445円加算 (+2,223円)	
	3割負担 の場合		身体介護費用 に223円加算 (+741円)	身体介護費用 に445円加算 (+1,482円)	身体介護費用 に667円加算 (+2,223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。

※やむを得ない事情で、かつ、お客様の同意を得て、2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。

※当事業所が厚生労働大臣の定める基準に適合し、特定事業所となった場合に特定事業所加算がされます。（特定事業所加算（Ⅰ）の場合20%増し、特定事業所加算（Ⅱ）・（Ⅲ）の場合10%増し、特定事業所加算（Ⅳ）・（Ⅴ）の場合3%増しになります）

【加算費用額】

加算名	対 象	自己負担割合	費用額
初回加算	要介護1～5	1割	228円 (2,280円)
		2割	456円 (2,280円)
		3割	684円 (2,280円)
緊急時訪問介護加算 (1回につき)	要介護1～5	1割	114円 (1,140円)
		2割	228円 (1,140円)
		3割	342円 (1,140円)
口腔連携強化加算 (1月に1回限りの算定)	要介護1～5	1割	57円 (570円)
		2割	114円 (570円)
		3割	171円 (570円)
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	要介護1～5	1割～3割	介護報酬総単位数× 24.5%の単位数×11.4円

- ※ 初回加算は、新規に訪問介護等計画を作成した利用者に対して、初回に実施した訪問介護等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等が訪問介護等を行う場合に算定する。
- ※ 緊急時訪問介護加算は、ご利用者様やご家族等からの要請を受けて、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と認めた時に、訪問介護員等が居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護中心型）を実施した場合に算定する。
- ※ 口腔連携強化加算は、事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に、1月に1回に限り所定単位数を加算する。
- ※ 介護職員処遇改善加算および特定事業所加算は、別に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等を実施しているものとして、東京都知事に届け出た指定事業所が算定する。

(2) 交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域にお住いの方は無料です。それ以外の地域の方は、訪問介護員等が訪問する為の交通費の実費が必要となります。

通院介助等、介護上必要と認められる交通費はご負担いただきます。

(3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金を賜ります。

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：株式会社 仁済ヘルパーステーション大田 ☎03-6715-0398)

※お客様のご都合でサービスを中止する際、ご利用日の前日の午後5時までに連絡が無い場合は、2,000円をキャンセル料として申し受けます。

(4) その他

- ① お客様のお住まいで、サービスを提供するために使用する、消耗品・備品・水道・ガス・電気電話の費用、通院・外出介助の送迎による交通費の負担等はおお客様のご負担になります。
- ② 料金のお支払い方法
毎月20日までに前月分の請求を致しますので、10日以内にお支払ください。
お支払いいただきましたら、領収書を発行します。
お支払方法は、銀行振込・口座引落としの2通りの中からご契約の際に選べます。
- ③ お客様がサービス実施記録の複写物をご希望された場合、作成料をご負担いただきます。
・サービス実施記録の複写物にかかる料金 10円/1枚
- ④ 当事業所の財務内容および事業計画は当事業所内にて閲覧することができます。

4. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話等でお申込みください。当社職員がお伺いいたします。契約を結び、訪問介護等計画を作成し同意の上、サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

(2) サービスの終了

① お客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 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等や、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ヶ月前までに文書にて通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合には双方に通知が無くても自動的にサービス終了致します。

- ・ご利用者が介護保険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お客様の要介護認定区分が非該当(自立)と認定された場合※この場合、条件を変更して再度契約することが出来ます。
- ・ご利用者様がお亡くなりになった場合

④ その他

- 当社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、ご利用者様やご家族などに対して社会通念を逸脱するような行為を行った場合、または当社が破産した場合、ご利用者様は文書で解約を通知することにより即座にサービスを終了することができます。
- ご利用者様がサービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、
- ご利用者様やご家族等が当社や当社従事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、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただきます。

(1) セクシャルハラスメント・パワーハラスメント等の行為

「身体的攻撃」・「精神的攻撃」・「過大な要求又は過小な要求」

(2) 暴力・暴言・嫌がらせ・誹謗中傷などの迷惑行為

(3) 対象範囲外のサービスの要求・その他迷惑行為

• 身体拘束の適正化

人権の擁護・身体拘束の発生を防止をするため、身体拘束適正化委員会を設置し、その結果について従業者に周知します。

原則として利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。

ただし、下記の通り緊急止むを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合は、事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その対応および時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急止むを得ない理由について記録します。

(1) 緊急性: 直ちに身体拘束を行わなければ、利用者または他人の生命・身体に危険がおよぶことが考えられる場合

(2) 非代替性: 身体拘束以外に利用者または他人の生命・身体に危険がおよぶこと防止をすることができない場合

(3) 一時性: 利用者または他人の生命・身体に対して危険がおよぶことがなくなった場合は直ちに身体拘束を解く

• 虐待防止に関する対策

人権の擁護・虐待の発生、その再発を防止するために虐待委員会を設置し、その結果について従業者へ周知します。ほか、指針の整備、研修を実施します。

サービス提供中に、当該事業所従事者または擁護者(利用者の家族等、高齢者を現に擁護する者)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、速やかにこれを区市町村に通報します。

• 感染症の予防および蔓延防止のための対策

事業所内の衛生管理、介護ケアにかかる感染対策を行い、感染症の予防に努めます。

感染症の発生、その再発を防止するために感染症対策委員会を設置し、その結果について従業

者へ周知します。ほか、指針の整備、研修を実施します。また、新たな感染症発生時に対しては、業務継続計画に基づいて対応します。

・災害等の不可抗力のための対策

契約の有効期間中に、地震、噴火、台風等の天災、その他事業所の責めに帰すべからざる事由により、通信網や交通網が遮断された場合や気象庁より発表された警報および注意発表基準に該当した際は、サービス時間および訪問時の変更やサービス提供を休止させて頂く場合があります。これらの事象に関しては、従業者に周知し、業務継続計画に基づいて対応します。ほか、指針の整備、研修を実施します。

5. 当社の訪問介護等サービスの特徴等

- (1) 当事業所の訪問介護員等は、ご利用者様の心身の特徴等を踏まえて、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・食事の介護、その他生活全般にわたる援助を行ないます。
- (2) 業務の実施にあたっては、関係区市町村、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るものとします。

6. サービス内容に関する苦情

① 当社お客様相談・苦情担当

当社の訪問介護に関する苦情、サービスに関する相談はサービス提供責任者または下記窓口までお申し出ください。

担当: 苦情・相談窓口

株式会社 仁済 ヘルパーステーション大田 ☎03(6715)0398

責任者: 坪井 貴昭

② その他（公的機関の相談・苦情窓口）

なお、当社以外に、区市町村等の相談・苦情窓口等にご相談・苦情を伝えることができます。

<大田区の相談窓口>

	窓口名称	連絡先（電話）
訪問介護	大田区福祉部介護保険課介護サービス	03-5744-1655

<区以外の相談窓口>

東京都国民健康保険団体連合会

介護保険部相談窓口担当（相談・苦情受付専用）

電話：03-6238-0177

受付時間：9時～17時

7. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

主治医	主治医氏名：
	連絡先：
ご家族	氏名：
	連絡先：

8. 当社の概要

名称・法人種別 株式会社 仁済

創業 昭和14年4月6日

創立 昭和45年7月6日

代表者役職・氏名 代表取締役 依田 学

本社所在地 東京都品川区大井1丁目49番12号 大井町ビル3階

電話番号 03(5743)2868(代)

訪問介護の提供開始にあたり、契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

事業者名 株式会社 仁済
本社所在地 東京都品川区大井1丁目49番12号 大井町ビル3階
代表者 代表取締役 依田 学

事業所名 株式会社 仁済ヘルパーステーション大田
所在地 東京都大田区鵜の木2丁目23番2号
説明者氏名 _____

私は、契約書および本書面により、事業者からの訪問介護についての重要事項の説明を受け同意しました。また、この文書が契約書の別紙（一部）となることも同意し、交付を受けました。

年 月 日

利用者

(利用者) 住所 _____

氏名 _____

(代理人) 住所 _____

氏名 _____

(続柄: _____)