

重要事項説明書

指定訪問介護事業ならびに介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問事業

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、厚生省令第37号第8条に基づき、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域	2
4. 営業時間	2
5. 職員の体制	3
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3～5
7. サービスの利用に関する留意事項	7
8. サービス実施の記録について	9
9. 事故発生時の対応方法について 損害賠償保険への加入	9
10. 苦情の受付について	9

NPO 法人 晴れる家ふくふく

事業所名：ヘルパーステーション晴れる家

第 20260601 版

指定訪問介護事業所番号：2470206703

（上記事業は三重県の指定を受けています）

介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問事業所番号

24A0202515

（上記事業は四日市市の指定を受けています）

1. 事業者

名 称	NPO 法人晴れる家ふくふく
所在地	三重県四日市市東日野町 1 2 8 8 番地 7 0
電話番号	0 5 9 - 3 2 2 - 5 3 8 9
代表者氏名	理事長 吉川 真理子
設立年月	2 0 2 5 年 4 月 1 7 日

2. 事業所の概要

事業の種類	・指定訪問介護事業 ・介護予防・日常生活支援総合事業第 1 号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）
事業所の名称	ヘルパーステーション 晴れる家
事業所の所在地	三重県四日市市東日野町 1 2 8 8 番地 7 0
電話番号	0 5 9 - 3 2 2 - 5 3 8 9 携帯：0 8 0 - 7 5 3 2 - 8 1 1 6
管理者氏名	伊藤 資子
事業の目的と運営方針について	1 利用者の心身の状況等を踏まえて、その利用者が可能な限り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。 2 利用者の要支援・要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するようその目標を設定し、計画的に行うとともにサービスの提供にあたっては懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について理解し易いように説明を行います。 3 関係市町、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。 4 利用者の人権の擁護、虐待防止等のため必要な体制の整備を行い、従業者に対し研修を実施する等の措置を講じる。 5 サービスの提供にあたっては、介護保険法第 1 1 8 条の 2 第 1 項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めます。
開設年月	2 0 2 5 年 1 0 月 1 日

3. 事業実施地域：四日市市全域

4. 営業時間

営業日	日曜日から土曜日 ただし、12月30日～1月3日は休業
受付時間	月～金 午前8時15分～午後5時15分
サービス提供時間	日～土 午前7時30～午後6時、(祝日も同様)
緊急時受付	上記受付時間以外に緊急に連絡が取りたい場合 080-7532-8116に連絡をお取りください。

5. 職員の体制

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。〉

職種	常勤	非常勤	常勤換算	指定基準	職務の内容
1. 事業所長（管理者）	1名			1名	サービス提供責任者兼務
2. サービス提供責任者	1名			1名	
3. 訪問介護従事者 （ホームヘルパー）	2名	1名	2.5名	2.5名	訪問介護ヘルパー
介護福祉士	2名	1名	2.5名	2.5名	訪問介護ヘルパー
介護職員実務者研修修了者 （旧ヘルパー1級）	—	—	—	—	—
介護職員初任者研修修了者 （旧ヘルパー2級）	—	—	—	—	—

当事業所では、利用者に対して指定訪問介護および介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問介護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。

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

例）週8時間勤務の職員が5名いる場合、常勤換算では1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

（1）（介護予防）訪問介護計画とサービス内容（契約書第3条・第4条参照）

当事業所では、居宅介護支援事業者が作成した「居宅サービス計画」または「介護予防サービス支援計画」（ケアプラン）に基づき、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた（介護予防）訪問介護計画を作成し、次頁サービスの内容からサービスを提供します。

＜サービス区分及びサービス内容＞

- ① 身体介護（ご家庭に訪問し、入浴や排泄、食事などの介助をします。）
 - 入浴介助・清拭・洗髪…入浴の介助や清拭、洗髪などを行います。
 - 排せつ介助…排せつの介助、おむつ交換等を行います。
 - 食事介助…食事の介助を行います。
 - 衣服の着脱の介助…衣服の着脱の介助を行います。
 - その他必要な身体介護を行いません。
 - ※ 医療行為はいたしません。
- ② 生活援助（ご家庭に訪問し、調理、洗濯、掃除などの生活の援助を行います。）
 - 調理…利用者の食事の用意を行います。
 - 洗濯…利用者の衣類等の洗濯を行います。
 - 掃除…利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。
 - 買い物…利用者の日常生活に必要な物品の買い物をします。
 - その他関係機関への連絡など必要な家事を行います。
 - ※ 預貯金の引き出しや預け入れは行いません。
（預貯金通帳・カードはお預かりできません。）
 - ※ 利用者以外の方の調理や洗濯、利用者以外の方の居室や庭等の敷地の掃除は原則として行いません。
- ③ その他、必要に応じて健康や日常生活上の状況をお伺いし、生活上のご相談や、助言を行います。

（介護予防）訪問介護計画は、市町村が決定した「支給量」と利用者の意向や心身の状況を踏まえ、具体的なサービス内容や利用者に対するサービス実施日などを記載しています。

（介護予防）訪問介護計画は、利用者や家族に事前に説明し、同意をいただくと共に、写しを利用者に交付します。また、利用者の申し出により、いつでも見直すことができます。

（２）利用者負担額

上記のサービス利用にかかる費用の利用者負担は、通常 1 割（一定以上の所得者の場合は 2 割または 3 割）です。ただし、所得の低い方は負担額の減額措置が設けられています。また、一か月あたりに利用できるサービスの量（支給限度額）が要介護度別に定められています。限度額を超えてサービスを利用した場合は、超えた分が全額自己負担になります。

【居宅サービス 1 か月あたりの支給限度額】

要支援 1	50,320円
要支援 2	105,310円
要介護 1	167,650円
要介護 2	197,050円
要介護 3	270,480円
要介護 4	309,380円
要介護 5	362,170円

【訪問介護利用者負担額の例（要介護１～５）】

利用時間	サービス内容	基本単位数
20 分未満	オムツ交換・清拭等の身体介護	163 単位
20 分以上 30 分未満	更衣・オムツ交換・清拭等の身体介護	244 単位
30 分以上 1 時間未満	全身清拭・入浴介助等の身体介護	387 単位
1 時間以上 (30 分を増すごとに加算)	上記サービス内容および見守り等	567 単位 (+82 単位)
1 時間	身体介護 30 分と生活支援 30 分	309 単位
1 時間 30 分	身体介護 30 分と生活支援 60 分	374 単位
1 時間 30 分	身体介護 60 分と生活支援 30 分	452 単位
20 分以上 45 分未満	家事全般 生活圏内の買い物等	179 単位
45 分以上	家事全般 生活圏内の買い物等	220 単位

【介護予防・日常生活支援総合事業第 1 号訪問事業利用者負担額の例（要支援 1・2）】

区分	対象	単位
週 1 回の利用	要支援 1・2（事業対象者）	月 4 回まで 287 単位／回 月 5 回以上 1,176 単位／月
週 2 回の利用	要支援 1・2（事業対象者）	月 8 回まで 287 単位／回 月 9 回以上 2,349 単位／月
週 3 回の利用	要支援 2（事業対象者）	月 12 回まで 287 単位／回 月 13 回以上 3,727／月

利用料金には、訪問介護、介護予防・日常生活支援総合事業共に以下の処遇改善加算費と地域見直し割増し、初回加算が加算されます。

処遇改善加算Ⅰ口	改善加算率 28.7%が加算されます
特定事業所加算Ⅱ	10%が加算されます。＊予防は加算なし
地域見直し割増し	1 単位 10 円が 10.42 円になります(6 級地)
初回加算	初回訪問時に 200 単位加算されます

・日中時間帯以外の割増料金

午後 6 時から午後 10 時まで上記料金＋25%に相当する額

午後 10 時から午前 6 時まで上記料金＋50%に相当する額

午前 6 時から午前 8 時まで上記料金＋25%に相当する額

< 2 人のホームヘルパーにより訪問を行った場合 >

1 人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合等で、利用者の同意のもと 2 人のヘルパーでサービスを提供した場合は、2 倍の利用者負担額をいただきます。

<償還払い>

事業者が介護給付費額の代理受領を行わない場合は、介護給付費基準額の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、利用者に「サービス提供証明書」を交付します。

（「サービス提供証明書」と「領収書」を添えてお住まいの市町村に申請すると介護給付費が支給されます。）

（３）サービス利用にかかる実費負担額（契約書第５条参照）

サービス提供に要する下記の費用については、介護給付費支給の対象ではありませんので、実費をいただきます。

・交通費

当事業所のサービスを利用される場合のホームヘルパーが訪問するための交通費。（サービス利用料とともに１ヶ月ごとにお支払いいただきます）

- ・通常の事業の実施地域以外の地域においてサービスを利用した場合、事務所より、１kmあたり２０円。（１回の支援で往復分の料金）
- ・家事援助に係る買い物等で、利用者宅から目的地までの公共交通機関等を利用した場合の交通費。

・水光熱費

サービス提供にあたり、利用者の居宅で使用する水道、電気、ガス等の費用。

（４）利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法（契約書第５条参照）

お支払方法は原則、自動振替としますが、利用者・ご家族の事情により、銀行振り込み、現金払いによる支払いとする場合があります。別途ご指定いただく利用者／ご家族の金融機関口座からの自動振替を原則としています。

※契約締結時に口座振替の手続きをご案内します。

※金融機関の手続きが完了するまでの１～２か月は銀行口座へのお振込みとなります。

- ・請求書記載の指定銀行口座への振り込みによるお支払いも可能です。
- ・当月の利用に係わる料金、その他精算を必要とする費用に関する請求書を毎翌月１５日ごろにお渡しします。自動振替の場合は翌月２６日にご指定いただいた銀行口座（法人名義の口座はご指定いただけません）より引き落とし、お振り込みの場合は、翌月末日までに指定の口座にお振込み願います。（振込日が金融機関の休業日の場合は翌営業日）

※自動振替又お振り込みについては本店（本社）の所在地が日本国内であって、かつ、日本国内の支店の金融機関のご使用をお願いいたします。（上記以外の金融機関口座による対応はいたしかねます）

- ・領収書の発行は入金月の翌月に発行いたします。

※領収書の再発行はできかねますので、お手元に届いた領収書は、大切に保管いただきますようお願いいたします。

前記（２）及び（３）の料金・費用は１か月ごとに計算し、翌月 15 日までに通知いたします。翌月指定日に、原則として銀行口座振り込みで以下の口座に、お支払いをお願いします。

GMO あおぞらネット銀行 法人営業部（101）普通預金 2318197
エヌピーオーハウジングハレルヤフクフク

（５）利用の中止、変更、追加（契約書第6条参照）

① 利用予定日の前に、利用者の都合により、訪問介護計画

で定めたサービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービス実施日の前日 12 時までに事業者申し出てください。

② 利用予定日の前日 12 時までに申し出が無く、それ以降に利用の中止の申し出をされた場合は、取消料として下記の料金をお支払いいただきます。

当日	利用予定料金の全額を請求いたします。
前日	12 時までに連絡を頂いた場合 → 料金は発生しません。 12 時以降に申し出があった場合 → 利用料の 5 割を請求いたします。

③ 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。

④ サービス利用の変更・追加は、ホームヘルパーの稼働状況により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利用者に提示するなど、必要な調整をいたします。

（６）実費負担額（交通費等）の変更

実費負担額を変更する場合は、原則としてその 2 か月前までにご説明します。

7. サービスの利用に関する留意事項

（１）ホームヘルパーについて

☆ サービス提供時に、担当のホームヘルパーを決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数のホームヘルパーが交替してサービスを提供します。担当のホームヘルパーや訪問するホームヘルパーが交替する場合は、予め利用者に説明するとともに、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、十分に配慮します。

☆ 利用者から特定のホームヘルパーを指名することはできませんが、ホームヘルパーについてお気づきの点やご要望は、お客様相談窓口等にご遠慮なく相談ください。

（２）サービス提供について

☆ サービスは、「（介護予防）訪問介護計画」に基づいて行います。実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、実際の提供にあたっては、利用者の訪問時の状況・事情・意向等について十分に配慮します。

- ☆ 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。（ホームヘルパーが事業所に連絡する場合の電話を使用させていただく場合もございます。）

（３）サービス内容の変更

- ☆ 訪問時に利用者の体調等の理由により、訪問介護計画で予定されていたサービスの実施ができない場合には、利用者の同意を得てサービス内容を変更します。その場合、事業者は変更したサービスの内容と時間に応じた利用料金を請求します。

（４）介護保険証・介護保険負担割合証の確認

「住所」および「利用者負担割合」、「要介護認定区分」など介護保険受給者証の記載内容に変更があった場合は速やかに事業所へお知らせください。また、担当ホームヘルパーやサービス提供責任者が「介護保険証・介護保険負担割合」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

（５）ホームヘルパーの禁止行為

ホームヘルパーは、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。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 医療行為② 利用者もしくはご家族等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり③ 利用者もしくはその家族等からの金銭又は物品、飲食の授受④ ご契約者の家族等に対するサービスの提供⑤ 飲酒・喫煙及び飲食⑥ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三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く）⑦ その他利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動及びその他迷惑行為 |
|--|

（６）秘密保持

・事業者及びその従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。

・事業者は、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。

・前２項にかかわらず、利用者に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、利用者又は契約者等の個人情報を用いることができるものとします。

8. 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

本事業所では、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、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、(介護予防)訪問介護計画およびサービス提供ごとの記録は、サービス提供日より5年間保存します。

(2) 利用者の記録や情報の管理、開示について(契約書第8条参照)

本事業所では、関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、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、利用者の負担となります。)

9. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する支援の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。また、利用者に対する支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

損害賠償保険への加入(契約書第9条参照)

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 三井住友海上火災保険株式会社

保険種目 社会福祉事業総合保険

補償の概要 訪問介護中の対人、対物の損害補償 5千万円

10. 苦情等の受付について(契約書第14条参照)

(1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談(お客様相談係)

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

○<苦情受付窓口> [職名] 管理者 伊藤 資子

○受付時間 月曜日～金曜日 午前8時15分から午後5時15分

<苦情解決責任者> [職名] 管理者 伊藤 資子

(2) 行政機関その他苦情受付機関

苦情受付機関	四日市市役所 介護保険課	〒510-0085 三重県四日市市諏訪町1番5号 電話番号 059-354-8190
	三重県国民健康保険連合会 保険介護福祉課	〒514-0553 三重県津市桜橋2丁目96番地 電話番号 059-222-4165

年 月 日

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

事業者 NPO法人晴れる家ふくふく
事業者住所 三重県四日市市東日野町 1288 番地 70
事業所名称 ヘルパーステーション晴れる家

説明者名 職 種 管理者
氏 名 伊藤 資子 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、居宅介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所

氏 名 印

利用者代理人 住 所

氏 名 印

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者 住 所

氏 名 印