

**ヘルパーステーション笑歩会  
訪問型サービス  
重要事項説明書  
【西条市】**



**株式会社アコンプリシー  
「ヘルパーステーション笑歩会」  
松山市朝生田町六丁目 2 番 5 号  
TEL 089-921-7110  
FAX 089-921-7175**

## ヘルパーステーション笑歩会 重要事項説明書（訪問型サービス）

### 1、事業の目的

株式会社アコンプリシー（以下「事業者」といいます。）が開設するヘルパーステーション笑歩会（以下「事業所」といいます。）が行う訪問型サービス事業（以下「事業」といいます。）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、事業所の介護福祉士又は養成研修修了者等（以下「従業者」といいます。）が、介護予防・生活支援サービス事業対象者及び要支援状態にある者（以下「利用者」という。）に対し、適正な訪問型サービス（以下「サービス」といいます。）を提供することを目的とします。

### 2、運営の方針

事業所の従業者は、利用者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、排泄、食事等の介護、その他の生活全般にわたる援助を行う。

事業の実施に当たっては、市、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。

### 3、事業者の概要

- ・ 名称・法人種別 株式会社アコンプリシー
- ・ 代表者氏名 代表取締役 末廣 英誉
- ・ 主たる事務所の所在地 愛媛県松山市朝生田町六丁目2番5号
- ・ 電話番号 089-921-0201
- ・ F A X 番号 089-921-0255

### 4、事業所の概要

- ・ サービスの種類 訪問型サービス
- ・ 事業所の名称 ヘルパーステーション笑歩会
- ・ 事業所番号 3870109661
- ・ 所在地 愛媛県松山市朝生田町六丁目2番5号
- ・ 電話番号 089-921-7110
- ・ F A X 番号 089-921-7175
- ・ 通常の事業の実施地域 西条市

#### ・ 従業者体制

|                                                                                       |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| ・ 管理者<br>事業所の従業者の管理及び業務の<br>管理を一元的に行う                                                 | 1人                         |
| ・ サービス提供責任者<br>事業所に対するサービスの利用の<br>申し込みに係る調整、訪問介護員等<br>に対する技術指導、訪問型サービス<br>個別計画の作成等を行う | 1人以上                       |
| ・ 訪問介護員等<br>サービスの提供に当たる                                                               | 実人数3人以上<br>(常勤換算方法で2.5人以上) |

・ 営業日・ 営業時間

|         |              |
|---------|--------------|
| 営 業 日   | 月曜日 ～ 日曜日    |
| 営 業 時 間 | 8：30 ～ 17：30 |
| 休 業 日   | 年中無休         |

※電話等により、24時間常時連絡が可能な体制があります。

※訪問型サービス個別計画により、営業時間外であってもサービスを提供する場合があります。

## 5、主となるサービスの内容

### （１）訪問型サービス

※介護保険関係法令で定めるサービス内容に限られます。

#### ①身体介護

食事介助：食事の介助を行います。

入浴介助：入浴の介助を行います。

排泄介助：排泄の介助・おむつ交換を行います。

体位変換：体位変換を行います。

清 拭：入浴の困難な利用者を対象に、清潔保持のために身体を拭きます。

移動介助：通院介助等を行います。

整容介助：身繕いの介助を行います。

#### ②生活援助

調 理：利用者の食事を用意します。

洗 濯：利用者の衣類などの洗濯を行います。

掃 除：利用者の居室の掃除をします。

買 物：利用者の日常生活必需品の買物をします。

そ の 他：利用者の衣類・寝具の交換・布団干し等を行います。

※サービスは利用者を対象としたものに限られ、上記の生活援助の場合、利用者以外の方のお食事の調理、衣類等の洗濯・買物・利用者が使用する居室等以外の掃除はできません。

※調理の中でも、キザミ食やミキサー食、及び糖尿病食や腎臓病食等の医療食・治療食は、介護保険関係法令で定める、訪問型サービスのサービス区分上、身体介護として取り扱われる場合があります。

※各々のサービス内容やその実施方法等の詳細につきましては、従業者までお気軽にお尋ねください。

### （２）訪問介護員の選任及び変更

利用者の担当訪問介護員の選任（担当の変更を含みます）は、事業所が行い、利用者が訪問介護員を指名することはできません。

利用者が、担当の訪問介護員の変更を希望する場合には、その変更希望理由を明らかにして、事業所まで申し出てください。

※業務上不適切と判断される事由がなき場合、変更をいたしかねる場合があります。

事業所の都合または利用者からの変更希望により担当の訪問介護員を変更する場合は、利用者やその家族等に対し、事前に連絡を行うと共に、サービス利用に関する不利益が生じないように十分に配慮いたします。

6、利用料金  
(1) 基本料金

| サービスの内容<br>※身体介護及び生活援助のみ |                                |                                | 利用料       | 利用者負担額   |          |           |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------|----------|----------|-----------|
| 自己負担割合                   |                                |                                |           | 1割       | 2割       | 3割        |
| 訪問型サービス費                 | 1 週当たりの標準的な回数を定める場合<br>(1月につき) | 1 週に 1 回程度の場合                  | 11,760円／月 | 1,176円／月 | 2,352円／月 | 3,528円／月  |
|                          |                                | 1 週に 2 回程度の場合                  | 23,490円／月 | 2,349円／月 | 4,698円／月 | 7,047円／月  |
|                          |                                | 1 週に 2 回を超える程度の場合              | 37,270円／月 | 3,727円／月 | 7,454円／月 | 11,181円／月 |
|                          | 1 月当たりの回数を定める場合<br>(1回につき)     | 標準的な内容のサービスである場合               | 2,870円／回  | 287円／回   | 574円／回   | 861円／回    |
|                          |                                | 生活援助が中心である場合<br>所要時間20分以上45分未満 | 1,790円／回  | 179円／回   | 358円／回   | 537円／回    |
|                          |                                | 生活援助が中心である場合<br>所要時間45分以上の場合   | 2,200円／回  | 220円／回   | 440円／回   | 660円／回    |
|                          |                                | 短時間の身体介護が中心である場合               | 1,630円／回  | 163円／回   | 326円／回   | 489円／回    |

- i. 上記の基本利用料は、市が定める金額であり、これが改定された場合は、これら利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい利用料を書面でお知らせします。また、介護保険関係法令に基づき市が定めた支給限度額を超えて訪問型サービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。なお、契約期間が1月に満たない場合は、月額報酬の場合は日割で計算させていただきます。

(2) 加算

| 加 算            | 利用料              | 利用者負担金 |       |       | 算 定 回 数 等                     |
|----------------|------------------|--------|-------|-------|-------------------------------|
| 自 己 負 担 割 合    |                  | 1 割    | 2 割   | 3 割   |                               |
| 初 回 加 算        | 2,000 円          | 200 円  | 400 円 | 600 円 | 初回のみ                          |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) | 所定単位数の 207/1,000 |        |       |       | 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数(所定単位数) |

i 初回加算

新規に訪問型サービス個別計画を作成した利用者に対して、初回若しくは初回に実施したサービスと同月内に、サービス提供責任者が、自らサービスを行う場合又は他の従業者がサービスを行う際に同行訪問した場合に算定します。

ii 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)

介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。

※介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)は、区分支給限度基準額の対象外となります。

(3) 事業所の同一敷地内の建物等に居住する者又は同一建物に居住する20人以上にサービスを行う場合の減算

以下の通りの料金となります。

|   | 算 定 要 件                                                                                                                        | 利用料         |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| ① | 事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物又は事業所と同一建物に居住する利用者（※②及び④に該当する場合を除く）                                                             | 基本利用料の90%/回 |
| ② | 事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物又は事業所と同一建物に居住する利用者の数が1月当たり50人以上いる場合                                                             | 基本利用料の85%/回 |
| ③ | 1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者                                                                                                | 基本利用料の90%/回 |
| ④ | 正当な理由なく、事業所において、前6月間に提供したサービス提供総数のうち、事業所の所在する建物と同一の敷地内もしくは隣接する敷地内の建物または事業所と同一建物に居住する利用者に提供されたものの占める割合が90%以上である場合（※②に該当する場合を除く） | 基本利用料の88%/回 |

#### (4) 利用者負担金

介護保険の適用になる利用者は、前記(1)、(2)の利用者負担割合に応じた額をお支払いいただきます。

但し、介護保険関係法令に基づき市が定めた支給限度額の範囲を超えた分に関しましては全額自己負担（前記(1)、(2)の基本料金）となります。

#### (5) 交通費

前記4に記載されている通常の事業の実施地域にお住まいの方は、無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、前記4に記載されている通常の事業の実施地域を越えた地点から、利用者の居宅までの往復距離について交通費を負担していただくことになり、その詳細は次表の通りです。

| 移 動 手 段 | 負担していただく交通費 |
|---------|-------------|
| 公共交通機関  | 実 費         |
| 車       | 片道1キロ当たり20円 |

- i. 従業員の移動手段は、地域により異なります。
- ii. 通院介助における、利用者の居宅と病院の往復については、介護・福祉タクシーや旅客運送タクシー、公共交通機関を利用し、その利用者及び従業員の移動交通費については利用者の実費負担となります。

#### 7、キャンセル

利用者の都合によりサービスのキャンセルをした場合は、下の表の料金をいただきます。

（ただし、包括報酬の場合を除く）

|                                 |                  |
|---------------------------------|------------------|
| ①サービス利用日前営業日の17時までにご連絡をいただいた場合  | 無 料              |
| ②サービス利用日前営業日の17時までにご連絡をいただかない場合 | 利用料の利用者負担割合に応じた額 |

※利用者の容態の急変など、緊急且つやむを得ない場合は、キャンセル料をいただきません。

※上表の②について、利用者の都合によるキャンセルが頻繁に起こる場合については、キャンセル料を協議の上変更させていただく場合があります。

## 8、お支払い方法

前月のサービスご利用分に関する利用負担金を、事業者が定める期日までにお支払いいただきます。お支払方法は、原則として口座引き落としとさせていただきます。尚、口座引き落とし以外のお支払いについては、事業者の従業者までご連絡ください。

※前記は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。

## 9、サービスの利用にあたっての留意事項

（１）サービス提供のために、利用者の居宅において使用する水道、電気、ガス、電話等の費用は利用者の負担になります。

（２）訪問予定時間は、交通事情により前後することがあります。

（３）サービスの提供上必要な場合（※）を除いて、利用者の現金・預金通帳・キャッシュカード・健康保険証・印鑑・その他有価証券等をお預かりすることや、保管されている場所をお聞きすることは一切ございません。

（※）訪問型サービスにおける、買い物代行サービスを行うにあたって、小額の現金をお預かりする場合はございますが、その際には、利用者又は、家族にその場で必ず金額などに関するご確認・ご了承をいただきます。

## 10、緊急時の対応

主治医・家族等緊急時の連絡先は、予め従業者により確認させていただきます。サービス提供中に利用者の容態の急変等があった場合には、下記の連絡先及び介護予防支援事業者等へ連絡します。

|     |           |  |
|-----|-----------|--|
| 主治医 | 氏名        |  |
|     | 所属医療機関の名称 |  |
|     | 所在地       |  |
|     | 電話番号      |  |

|               |        |  |
|---------------|--------|--|
| 緊急連絡先<br>（家族） | 氏名（続柄） |  |
|               | 住所     |  |
|               | 電話番号   |  |
|               | 昼間の連絡先 |  |
|               | 夜間の連絡先 |  |

## 11、事故発生時の対応

（１）事業者は、利用者に対するサービスの提供の際、事故が発生した場合には速やかに市、利用者の家族、介護予防支援事業者等に連絡し、必要な措置を講じます。

（２）事業者は、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録を行います。

（３）事業者は、サービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。その損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入します。

## 1 2、サービス相談窓口、及び苦情申し立て窓口

サービスのご利用に関わる相談・苦情・要望の受付、及び事故発生等の受付窓口は以下の通りです。

|   |                          |                                                      |                   |
|---|--------------------------|------------------------------------------------------|-------------------|
| 1 | ヘルパーステーション笑歩会<br>担当者：管理者 | 松山市朝生田町六丁目2番5号<br>TEL089-921-7110<br>FAX089-921-7175 | 月～日<br>8：30～17：30 |
|---|--------------------------|------------------------------------------------------|-------------------|

なお、苦情については以下の窓口へも相談できます。

|   |                   |                                                    |                                                       |
|---|-------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 2 | 西条市長寿介護課事業所指導係    | 西条市明屋敷164番地<br>TEL 0897-56-5151                    | 月～金<br>(祝日、12/29～1/3 除く)<br>8：30～17：15                |
| 3 | 愛媛県福祉サービス運営適正化委員会 | 松山市持田町三丁目8番15号<br>愛媛県総合社会福祉会館内<br>TEL 089-998-3477 | 月～金<br>(祝日、12/29～1/3 除く)<br>9：00～12：00<br>13：00～16：30 |

## 苦情・事故対応時の基本手順

- ①苦情・事故の受付
- ②苦情・事故内容の確認
- ③苦情・事故解決責任者への報告
- ④苦情・事故に向けた対応に関し、利用者及びその家族へ事前説明を行い、同意を得る
- ⑤苦情・事故に向けた対応の実施
- ⑥再発防止又は、改善の措置
- ⑦苦情・事故解決結果の利用者及びその家族に報告し、同意を得る
- ⑧苦情・事故解決責任者等への最終報告

※苦情・事故受付担当者及び苦情・事故解決責任者：管理者

## 1 3、 第三者評価の実施状況

実施の有無：なし

実施した直近の年月日：なし

実施した評価機関の名称：なし

評価結果の開示状況：なし

## 1 4、損害賠償について

- (1) 事業者は、サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者又は、その家族等の生命・身体・財産及び名誉に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害を賠償します。
- (2) 利用者又はその家族等の責めに帰すべき事由により、事業所の従業員の生命・身体・財産及び名誉に損害を及ぼした場合は、相当範囲内において、その損害賠償を請求される場合があります。

## 1 5、身体的拘束等の適正化について

- (1) 事業者は、サービスの提供にあたっては、利用者又は他の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き、身体的拘束等を行ってはならない。
- (2) 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録しなければならない。

#### 16、虐待の防止のための措置について

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的を実施します。
- (4) (1)～(3)の措置を適切に実施するための担当者を設置します。

#### 17、個人情報の保護について

- (1) 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切に取扱います。
- (2) 事業者が得た利用者及びその家族の個人情報については、事業所でのサービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者及びその家族及び代理人の同意を得ます。
- (3) 従業者は業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持します。  
従業者であった者に、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

#### 18、その他運営についての留意事項について

- (1) 事業者は、従業者の質的向上を図るための研修の機会を次の通り設けるものとし、また、業務体制を整備します。
  - ①採用時研修 現場において研修を受け、継続研修により実施
  - ②継続研修 年間計画により実施
- (2) 事業者は、介護予防型訪問サービス計画、提供した具体的なサービス内容等の記録、市町への通知に係る記録、苦情の内容の記録、事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録等、利用者に対するサービスの提供に関する諸記録を整備し、サービスの完結の日から5年間保管します。
- (3) 重要事項説明書に記載している事項の外、運営に関する重要事項は、事業者と事業所の管理者との協議に基づき定めることとします。

## 重要事項説明書同意書

事業者は、重要事項説明書に基づき、訪問型サービスの内容及び重要事項において、利用者及びその家族に対し、説明を行いました。

令和            年            月            日

|     |            |                                                     |
|-----|------------|-----------------------------------------------------|
| 事業者 | 所在地<br>名 称 | 愛媛県松山市朝生田町六丁目 2 番 5 号<br>株式会社アコンプリシー<br>代表取締役 末廣 英誉 |
| 事業所 | 所在地<br>名 称 | 愛媛県松山市朝生田町六丁目 2 番 5 号<br>ヘルパーステーション笑歩会              |

説明者 \_\_\_\_\_ (印)

私は、事業者の定める重要事項説明書に基づき、訪問型サービスの内容及び、重要事項説明書の説明を受け、サービス提供の開始に同意し、本書の交付を受けました。

令和            年            月            日

|     |    |           |
|-----|----|-----------|
| 利用者 | 住所 | _____     |
|     | 氏名 | _____ (印) |

|      |    |                       |
|------|----|-----------------------|
| 家族代表 | 住所 | _____                 |
|      | 氏名 | _____ (印) (続柄: _____) |

重要事項の説明に同席された方及び代理での署名を行った場合には、下欄にご記入下さい。

☐ 立会人又は、☐ 署名代行人（該当するものにチェックしてください）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印) (続柄: \_\_\_\_\_)

## 個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私又は代理人及び私の家族は、株式会社アコンプリシー（ヘルパーステーション笑歩会）が、私又は代理人及び私の家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

### 1. 利用期間

「ヘルパーステーション笑歩会」 利用契約期間に準じます。

### 2. 利用目的

- (1) 利用契約および更新、変更のため。
- (2) 円滑に高サービスが提供される為の、契約事業者に対する情報提供。
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため。
- (4) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要がある場合。
- (5) 利用者の利用する介護サービス事業者とのサービス担当者会議のため。
- (7) 上記各号に関わらず、緊急を要するときの連絡等の場合。

### 3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は、必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外、決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば、開示する。

令和      年      月      日

本人（利用者）      住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

代 理 人      住 所 \_\_\_\_\_  
本人との関係

(              )      氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

家 族 代 表      住 所 \_\_\_\_\_  
本人との関係

(              )      氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

※ 代理人と家族が同一の場合でも両方に記名・押印をお願いいたします。

同意書を受け取りました。

株式会社アコンプリシー  
ヘルパーステーション笑歩会  
代表取締役 末廣 英誉