

「指定訪問介護」重要事項説明書

1. 事業者

- (1) 法人名 有限会社 高村
- (2) 法人所在地 島根県浜田市三隅町古市場 1402 番地 2
- (3) 代表者氏名 代表取締役 高村 睦代
- (4) 事業所名 輝らら☆タクシー
- (5) 事業所所在地 島根県浜田市三隅町三隅 387 番地 5
- (6) 電話番号 070-1510-9317 : F A X 0855-32-4502
- (7) 事業の目的

有限会社 高村が開設する輝らら☆タクシー（以下「事業所」という。）が行う訪問介護の事業（以下「事業」という。）は、高齢者が要介護状態となった場合においても、入浴、排せつ、食事の介護その他の日常生活にわたる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に、事業所の介護福祉士又は訪問介護員研修の修了者（以下「訪問介護員等」という。）による適正な指定訪問介護を提供することを目的とする。

(8) 運営の方針

- ・事業所が実施する事業は、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に配慮して、身体介護その他の生活全般にわたる援助を行うものとする。
- ・事業の実施に当たっては、必要な時に必要な訪問介護の提供ができるよう努めるものとする。
- ・事業の実施に当たっては、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行い、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとする。
- ・事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健・医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。

管理者	大串 徹
サービス提供責任者 3 名	大串 徹、上岡 美之、清水 広治
介護保険事業者番号	島根県 3240740823 号
通常の事業の実施地域	浜田市、益田市
営業日	月曜日～日曜日 （12月29日から1月3日までを除く）
受付時間	月曜日～土曜日 8：30～17：30
サービス提供時間	月曜日～日曜日 7：00～20：00

職員配置状況	サービス提供責任者兼訪問介護員 3名 大串 徹、上岡 美之 清水 広治 訪問介護員 4名 花田 完治、皆本 幸美 加藤佳奈子、井森 彩乃 (令和6年4月1日現在)
従業者の職務内容	管理者 従業員及び業務の管理等 サービス提供責任者 個別支援計画の作成・調整 訪問介護員 個別支援計画に基づき、訪問介護事業のサービスの提供

2. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 利用者負担について

〈利用者負担〉

サービスの種類		* 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	以後 30分毎
身体介護 中心型	自己負担					
	1割	163円	244円	387円	567円	82円
	2割	326円	488円	774円	1134円	164円
	3割	489円	732円	1161円	1701円	246円
通院等 乗降介助	1割		97円/回			
	2割		194円/回			
	3割		291円/回			

サービスの種類		20分未満	20分以上 45分未満	45分以上		
生活援助 中心型	自己負担					
	1割	—	179円	220円	—	—
	2割	—	358円	440円	—	—
	3割	—	537円	660円	—	—

* 早朝(午前6時～午前8時)・夜間(午後6時～午後10時)帯は25%、深夜(午後10時～午前6時)帯は50%が加算されます。

* 別に、身体介護中心型に生活援助加算を行う料金体系があります。

- * 通院等乗降介助等には、別途タクシー運賃が必要になります。
- * 特別地域加算が算定されており、上記金額の15%が加算されます。
- * 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）が算定されており、18.2%が加算されます。
- * 緊急時訪問介護加算 100円が加算されます。
- * 初回加算 200円が加算されます。
- * 介護保険負担割合証に記載された負担割合の額になります。

(2) 交通費

利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規定の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。

なお、自動車を使用した場合は通常の実施地域を超えて1キロメートルごとに20円の交通費を請求いたします。

(3) 利用の中止、変更、追加

- ・利用予定日の前に、利用者様の都合により、サービスの利用を中止または変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。
- ・サービスの利用の変更・追加の申出に対して訪問介護員の稼働状況によりご利用者様の希望される日時にサービスの提供ができない場合は他のご利用可能日時を提示して協議いたします。
- ・正当な理由（体調不良、急な用事など）なく利用中止（キャンセル）をされた場合、また事前連絡なく利用をキャンセルされた場合などはキャンセル料を頂く場合がございます。キャンセルの場合は、必ずご連絡下さい。

キャンセル料	サービスの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いたします。	
	24時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です。
	12時間前までのご連絡の場合	1提供当たりの料金の 1割相当を請求いたします。
	12時間前までにご連絡のない場合	1提供当たりの料金の 3割相当を請求いたします。
※ただし、利用者の病状の急変や急な入院などの場合には、キャンセル料は請求いたしません。		

(4) 利用料金の支払方法

月末締めにて、利用月の翌月末までに請求書を送付いたします。

以下のいずれかの方法で、利用月の翌々月20日までにお支払いください。

1. 利用者様等の指定口座からの自動振替 (手数料は利用者様で負担お願いします)
2. 当事業所口座への振込 (手数料は利用者様で負担お願いします)
3. 現金払い

3. サービス実施時の留意事項

(1) 訪問介護サービスの業務について

訪問介護サービスの業務は、ご担当の介護支援専門員が作成したケアプランに基づいて行います。なお介護支援専門員の指示にない業務は行うことが出来ませんのでご承知おきください。また、原則として当事業所の特定の訪問介護員を指名することは出来ませんが、理由をもって担当訪問介護員の変更を依頼することはできますのでご相談ください。

(2) 訪問介護サービス提供に関する指示・命令

サービス提供に関して訪問介護員への指示・命令はすべて当事業所が行います。ただし、利用者様の事情・意向、介護支援専門員のプラン等を十分配慮するものとします。ケアプランの業務内容が計画時間より早く終了した場合は、訪問介護員を速やかに退出させます。また業務内容が計画時間内に終わらない場合は事業所の判断で延長する場合があります。事前の了解を得ることができない場合は事後に介護支援専門員を含めて協議させていただきます。

(3) 備品等の使用

訪問介護サービスの実施のために必要な備品消耗品等(水道・ガス・電気を含む)は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に業務に関しての必要な連絡をする場合などの電話も使用させていただきますのでご承知おきください。

(4) 訪問介護員が計画時間からの遅刻・早退・延長を行う場合について

訪問介護員は、あらかじめ計画された時間に訪問することが原則ですが、予定時間の前後業務、天候、交通事情、業務内容の変更等により遅刻・早退・延長する場合があります。そのような場合は、その都度理由を付してご報告いたします。どうしても事前に連絡がつかない場合は、事後報告になりますのでご了承ください。

4. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

サービス提供の依頼を受けた後、契約を結び、ご担当の介護支援専門員のケアプランに基づき訪問介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

①利用者様の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30日前までにご連絡ください。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員、能力不足によりご希望にそえない等やむをえない事情により、サービス提供を終了しなければならないときは、30日前に文書で理由を付してご通知します。そのような場合は、療養に支障が及ばないよう、事前に居宅介護支援専門員、他事業所等と協議引継ぎを行います。

③自動終了

以下の場合、双方の連絡がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・施設等に入所された場合

- ・要介護認定で、要支援、非該当(自立)と認定された場合
- ・亡くなられた場合および被保険者資格を喪失された場合

④その他

- ・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、利用者様やご家族の方に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、利用者様は直ちにサービスを終了することができます。
- ・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、料金を支払うよう催告したにもかかわらずお支払いいただけない場合、または利用者様やご家族などに当事業所や訪問介護員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為があった場合は、直ちにサービスを終了させていただく場合があります。

5. サービス担当者会議等での個人情報の取り扱いについて

利用者様またはご家族等の個人情報を用いる場合は、利用者様の緊急時における医師等への情報提供を除き、文書により事前の了解を得るものとします。

6. サービス提供におけるハラスメント防止について

職場におけるセクシュアルハラスメントやパワーハラスメントの防止のための雇用管理上の措置を講じています。

- ① 相談に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備を行っています。
- ② 被害者への配慮のための取組を行っています。
- ③ 被害防止のための取組が規定されています。

7. 緊急時における対応について

① 緊急時等の対応方針

当事業所の従業者は、サービスの提供中の事故、症状の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかにあらかじめ指定された緊急連絡先に連絡をとり、主治医等への連絡や救急車手配等必要な措置を講ずるとともに、管理者に報告します。管理者は、居宅介護支援事業者等関係機関に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

② 緊急時の連絡先及び対応可能時間等

管理者 大串 070-1510-9317 月曜日から日曜日の9:00-17:00

8. 虐待の防止について

当事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者 管理者 大串 徹

- ② 成年後見制度の利用を支援します。

- ③ 苦情解決体制を整備しています。

- ④ 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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、これを市町村に通報します。

9. 事業継続に向けた取り組み（BCP）について

- ① 感染症や災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

- ② 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を年1回5月に実施します。

- ③ 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

10. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する訪問介護事業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、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する訪問介護事業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。

<p>【市町村（保険者）の窓口】 浜田広域行政組合、浜田市役所</p>	<p>浜田地区広域行政組合介護保険課 〒697-8501 島根県浜田市殿町1番地（浜田市役所北分庁舎1階） TEL：0855-25-1520 FAX：0855-25-1506 開庁時間：午前8時30分から午後5時15分まで ※土曜日・日曜日・祝日及び年末年始を除く 浜田市役所 健康医療対策課 〒697-8501 島根県浜田市殿町1番地 TEL：0855-25-9320 月曜日～金曜日の午前8時30分から午後5時15分まで</p>
---	--

	(土曜日・日曜日・祝日及び12月29日～1月3日は閉庁)
【居宅サービス事業者等の窓口】	事業所名 輝らら☆タクシー 所在地 浜田市三隅町三隅 387-5 三隅さんさん薬局内 電話番号 0855-32-4501 FAX 0855-32-4502 担当 サービス提供責任者 大串徹 上岡 美之

なお、事業者は、下記の損害賠償保険及び自動車保険（自賠責保険・任意保険）に加入しています。

損害賠償 責任保険	保険会社名	セーフティサポート 株式会社
	保 険 名	三井住友海上火災保険 株式会社
	補償の概要	第三者賠償 1事故 5000万 生産物保障
自動車保険	保険会社名	セーフティサポート 株式会社
	保 険 名	三井住友海上火災保険 株式会社
	補償の概要	対人、対物 無制限 人身傷害 3000万円

1 1. 苦情や相談の受付について

当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

苦情受付担当者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。

苦情・相談受付窓口(担当者) 大串 徹 又は 上岡 美之

電話 070-1510-9317

受付時間 月曜日～金曜日 9:00～17:00

1 2. 第三者評価について

第三者評価の実施はいたしておりません。

* その他の苦情相談受付機関

浜田地区広域行政組合介護保険課：0855-25-1520

益田市東部・中部地域包括支援センター：0856-31-1010

島根県国民健康保険団体連合会：0852-21-2811

島根県社会福祉協議会：0852-32-5970

令和 年 月 日

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

説明者 氏名 _____ 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ました。

契約者 住所 _____

利用者

氏名 _____ 印

住所 _____

代理人

氏名 _____ 印