

指定訪問介護事業所

「訪問介護事業所 ハートフル神奈川」

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
川崎市市長指定 第 1475303135 号

当事業所はご利用者に対して指定訪問介護サービスを提供します。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次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」「要支援」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

- | | |
|-----------|--|
| (1) 法人名 | 株式会社ボンボヤージュ |
| (2) 法人所在地 | 茨城県取手市下萱場 183-1 |
| (3) 連絡先 | T E L 0297-63-3111
F A X 0297-63-3122 |
| (4) 代表者氏名 | 代表取締役 吉田兼重 |
| (5) 設立年月 | 平成 28 年 8 月 19 日 |

2. 事業所の概要

- (1) 事業の目的 訪問介護事業所 ハートフル神奈川が行う指定訪問介護の事業の適切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、ステーションの介護福祉士及び訪問介護員研修の修了者が、要介護・要支援状態にある高齢者に対し、適切な指定訪問介護を提供することを目的とする。
- (2) 事業所の名称 訪問介護事業所 ハートフル神奈川
- (3) 事業所の所在地 神奈川県川崎市高津区久地 2-23-24
クィーン平瀬Ⅲ102号
- (4) 連絡先 TEL 044-328-9775
FAX 044-328-9776
- (5) 事業所長(管理者)氏名 管理者 _____
- (6) 事業所の運営方針 訪問介護員等は、要介護・要支援状態にある高齢者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護、その他日常生活全般にわたる援助を行う。
事業の実施にあたっては、関係行政組織、地域の保険・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する。
- (7) 開設年月日 令和元年6月1日

3. 職員の体制

当事業所では、ご利用者に対して指定訪問介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈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。

令和元年6月1日現在

職 種	人数	勤務形態
事業所長(管理者)	1人	常勤兼務1名
サービス提供責任者	1人	常勤兼務1名
訪問介護員	6人	常勤0名 兼務6名

4. 事業実施地域及び営業時間

通常の事業の実施地域	川崎市
営業日	月～金
営業時間	9：00～18：00
サービス提供日 サービス提供時間	365日 6時-21時を原則とする
そのた年間の休日	年末年始（12/30～1/3）

5. 当事業所が提供するサービス内容

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて以下の2つがあります。

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合 (介護保険の給付の対象となるサービス)
(2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合 (介護保険の給付の対象とならないサービス)

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割または8割または7割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

身体介護	入浴、排泄、食事介助、清拭、衣類着脱、体位交換、通院介助 服薬管理（通院介助の場合、ヘルパーの交通費は利用者の負担となります）
生活支援	調理、洗濯、掃除、買い物、衣類の入れ替え、その他

6. 当事業所が提供するサービス料金

利用料金	介護保険を利用する場合は、原則として利用料の1割又は2割又は3割が自己負担額となります。基本料金＋加算料金×1（または2または3）/10＝利用者負担額。「介護職員処遇改善加算」として介護報酬告示上の額となります。但し介護保険の給付限度額を超えた部分にかかるサービスは全額自己負担額となります。詳細は別紙を添付します。
交通費等	利用者が通常の事業実施地域以外の遠隔地におられる場合は交通費の実費をいただく場合があります。該当される方は詳細を説明させていただき納得の上利用していただきます。

※利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、申請することで自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。

※介護職員処遇改善加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。

(2) 利用料金のお支払い方法（契約書第8条参照）

- ・前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月分をまとめて請求させていただきます。
- ・方法：金融機関口座からの自動振替システム。
- ・支払日：当該月の翌月26日に振替口座より引き落とさせていただきます。

(3) 利用の中止、変更、追加（契約書第9条参照）

- ☆ 利用予定日の前に、ご利用者の都合により、訪問介護サービスの利用を中止又は変更、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。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。
- ☆ 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の100% (自己負担相当額)

- ☆ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問介護員の稼働状況により利用者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

7. サービス利用にあたっての留意事項

(1) サービス提供を行う訪問介護員

サービスの提供にあたっては、複数の訪問介護員が交代してサービスを提供します。

(2) 訪問介護員の交代（契約書第6条参照）

①ご利用者からの交代の申し出

選任された訪問介護員の交代を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情その他交代を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交代を申し出ることができます。ただし、ご利用者から特定の訪問介護員の指定はできません。

②事業者からの訪問介護員の交代

事業者の都合により、訪問介護員を交代することがあります。訪問介護員を交代する場合は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するものとします。

(3) サービス実施時の留意事項

①定められた業務以外の禁止

利用者は「当事業所が提供するサービス～」で定められたサービス以外の業務を業者に依頼することはできません。

②訪問介護サービスの実施に関する指示・命令

訪問介護サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。
但し、事業者は訪問介護サービスの実施にあたって利用者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

③備品等の使用

訪問介護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。訪問介護員が事業所等に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

(4) サービス内容の変更（契約書第10条参照）

サービス利用当日に、ご利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。

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サービス利用料金を請求します。

(5) 訪問介護員の禁止行為（契約書第14条参照）

訪問介護員は、ご利用者に対する訪問介護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。

- ①医療行為又は医療補助行為
- ②ご利用者もしくはその家族等からの高価な物品等の授受
- ③ご利用者の家族等に対する訪問介護サービスの提供
- ④飲酒及び喫煙
- ⑤ご利用者もしくはその家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑥その他利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為

(6) 事故時の対応（契約書第17条参照）

事業所は、利用者に対する介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、すみやかに必要な処置を講じます。

8. 苦情の受付について（契約書第25条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は全職員が受け付けますが、苦情受け付け窓口も設けてあります。

☆苦情受付窓口（担当者）

_____（管理者）

電話 044-328-9775

(2) 行政機関、その他苦情受付機関

神奈川県国民健康保険団体連 合会 介護保険係苦情処理	電話	045-329-3447
高津区役所 高齢・障害課	電話	044-861-3255

指定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。

令和 年 月 日

所在地 茨城県取手市下萱場 183-1

事業者名 株式会社ボンボヤージュ

事業所所在地 神奈川県川崎市高津区久地 2-23-24 クィーン平瀬Ⅲ102号

事業所名 訪問介護事業所 ハートフル神奈川

説明者氏名 _____ ㊞

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、指定訪問介護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

身元引受人・連帯保証人

住 所 _____

氏 名 _____ ㊞