

# 重要事項説明書

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えている訪問介護サービス・介護予防訪問介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）」第8条の規定に基づき、訪問介護サービス提供契約締結に際して、事業者が予め説明しなければならない内容を記したものです。

## 1 訪問介護サービスを提供する事業者について

|                |  |
|----------------|--|
| 事業者名称          | 有限会社 e-Life                                      |
| 代表者氏名          | 取締役 太田 進   |
| 本社所在地<br>(連絡先) | 大阪府堺市東区高松 21 番地の 18<br>(電話・ファックス番号：072-239-6190) |

## 2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

### (1) 事業所の所在地等

|                   |   |
|-------------------|---|
| 事業所名称             | らぶ・いきいき介護サービス                               |
| 介護保険指定<br>事業者番号   | 大阪府指定 2770105373                            |
| 事業所所在地            | 大阪府堺市東区高松 21 番地の 18                         |
| 連絡先<br>相談担当者名     | (電話・ファックス番号：072-239-6190)<br>(相談担当者氏名 太田 進) |
| 事業所の通常の<br>事業実施地域 | 堺市・大阪狭山市・和泉市・河内長野市・富田林市・松原市・羽曳野市・藤井寺市       |

### (2) 事業の目的および運営方針

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | 利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定訪問介護の提供を確保する事を目的とする。   |
| 運営方針  | 1 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事が出来るように配慮して、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<br>2 事業の実施にあたっては、必要な時に必要な訪問介護・介護予防訪問介護の提供が出来るように努めるものとする。<br>3 事業の実施にあたっては、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は、要介護となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。<br>4 事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、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。<br>5 事業の実施にあたっては、利用者の所在する市町村、居宅介護事業者、在宅介護支援センター、他の居宅サービス事業者、保険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。<br>6 前5項のほか、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」（平成11年3月31日厚生労働省令第37号）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。 |

### (3) サービス提供可能な日と時間帯

|      |            |
|------|------------|
| 営業日  | 月火水木金土     |
| 営業時間 | 8:00~22:00 |

### (4) 事業所窓口の営業日及び営業時間

|      |            |
|------|------------|
| 営業日  | 月火水木金      |
| 営業時間 | 9:00~17:00 |

### (5) 事業所の職員体制

|         |              |
|---------|--------------|
| 事業所の管理者 | (管理責任者) 原 明子 |
|---------|--------------|

| 職種        | 職務内容                        | 人員数 |
|-----------|-----------------------------|-----|
| サービス提供責任者 | 訪問介護計画の作成、他ヘルパーへのアドバイス、介護業務 | 1人  |
| 訪問介護職員    | 介護業務                        | 人   |

◎ こんなサービス（ホームヘルプサービス）が利用できます。

介護保険の訪問介護（ホームヘルプサービス）は、サービスの内容により、「身体介護」「生活援助」の2つに分けられます。

まず、「身体介護」「生活援助」とは、それぞれ次のようなサービスです。

身体介護

ホームヘルパーが

- ①利用者の身体に直接接触して行う介助
- ②介助に必要な準備及び後かたづけ
- ③利用者が日常生活を営むのに必要な機能の向上等のための介助や専門的な援助です。

起床介助



就寝介助



排泄介助



衣服の着脱



身体整容

(爪きり・耳かき・髪を梳くなど)



身体の清拭・洗髪



入浴介助



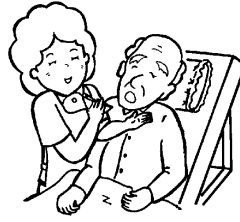
食事介助



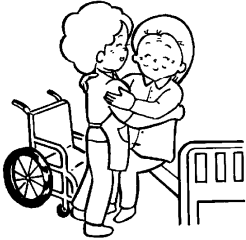
体位変換



服薬介助



移乗・移動介助



通院・外出介助



生活援助

掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助であり、利用者が単身のため、または家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいいます。

掃除・ごみ出し



洗濯



調理



ベッドメイク



衣服の整理・被服の補修



買い物



薬の受け取り



○サービスの内容は変更することができますので、変更を希望される場合は、担当者（氏名 太田 進・連絡先 072-239-6190）までご相談ください。

◎ 次のサービスは（原則として）介護保険では提供できません。



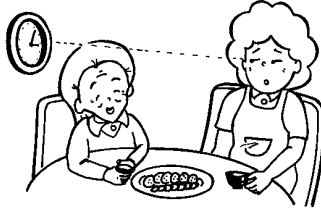
利用者本人以外の洗濯・調理・買い物・布団干し



主として利用者が使用する居室等以外の掃除



来客の応接  
(お茶、食事の手配など)



話し相手のみ・留守番



自家用車の洗車・清掃



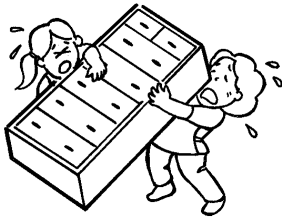
草むしり



花木の水やり



ペットの世話（犬の散歩など）



家具・電気器具等の移動、大掃除、窓のガラス磨き、修繕、模様替え  
床のワックスがけ



室内外家屋の修理、  
ペンキ塗り



園芸  
(植木の剪定など)



特別な手間をかけて行う  
料理（おせち料理など）

◎ サービスの料金は、2種類あります。

サービスの利用料は、国が定めた公定価格（介護報酬）の1割負担となっています。

利用料の種類は、次の2種類があります。

①身体介護型

（たとえば、簡単な調理の後、食事介助を行う場合など）

②生活援助型

（たとえば、利用者の居室から居間までの移動介助を行った後、居室の掃除を行う場合など）

お客様は、身体介護と生活援助のうち、利用される個別のサービスの内容（組み合わせ）により、「身体介護型」、「生活援助型」、のいずれかの利用料をお支払いいただきます。

◎ 私の利用料は、「身体介護型」？「生活援助型」？

利用料を決めるためには、お客様が実際に利用されるサービスの種類やその組み合わせを決めていただく必要があります。

訪問介護で提供されるサービスの種類は、「身体介護」に属する①動作介護、②身の回り介護、③生活介護と、「家事援助」の4種類があります。

身体介護

- ①動作介護 → 体位の変換や服薬の介助など、  
“比較的手間のかからない介護”をいいます。
- ②身の回り介護 → おむつの交換や排せつの介助など、  
“ある程度手間のかかる介護”をいいます。
- ③生活介護 → 食事の介助や入浴の介助など、  
“相当手間や時間もかかる介護”をいいます。

生活援助

→ 掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助をいいます。

◎ 具体的な利用料は、次の通りです。

利用料は、サービスの内容・利用する時間帯・利用する時間の長さによって異なります。下の表の「利用料」が利用者が自己負担していただく目安の金額です（「サービス費用」の1割です）。

（1回あたり・堺市内）

| 区分    | 提供時間     | 利 用 料 |                |                   |
|-------|----------|-------|----------------|-------------------|
|       |          | 30分未満 | 30分以上<br>1時間未満 | 1時間以上<br>1時間30分未満 |
| 身体介護型 | 昼間       | 245円  | 426円           | 619円              |
|       | 早朝<br>夜間 | 306円  | 533円           | 774円              |
|       | 深夜       | 368円  | 639円           | 929円              |
| 生活援助型 | 昼間       | —     | 220円           | 308円              |
|       | 早朝<br>夜間 | —     | 276円           | 386円              |
|       | 深夜       | —     | 331円           | 463円              |

※昼間（午前8時から午後6時まで）以外の時間帯でサービスを行う場合は、次の割合で利用料が割増になります。

| 提供時間帯 | 早 朝          | 夜 間           | 深 夜             |
|-------|--------------|---------------|-----------------|
| 時 間 帯 | 午前6時から午前8時まで | 午後6時から午後10時まで | 午後10時から翌朝午前6時まで |
| 加算割合  | 25%          | 25%           | 50%             |

※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。

◎ 交通費

- 通常のサービス提供実施地域（※） → 無料
- それ以外の地域 → お客様の実費負担となります。

（※）通常のサービス提供地域については、1ページに記載しています。

- 買い物時や薬の受けとり時の交通費 → お客様の実費負担となります。
- 通院介助時の交通費 → お客様の実費負担となります。

◎ 水道代・ガス代

お客様のご自宅で、サービス実施のために水道・ガスを利用した場合、その代金はお客様の  
実費負担となります。

◎ 電話代

お客様のご自宅で、サービス実施のためにやむを得ず電話を利用した場合、その代金はお客様の  
実費負担となります。

◎ コピー代

サービス提供記録（※）等をコピーした場合、お客様の実費負担となります。  
（1枚あたり20円）

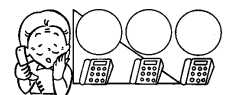
（※）事業者は、訪問介護の提供に関する記録を作成し、お客様の要介護（要支援）認定の有効期間が満了する日から2年間保管しています。

◎ その他の料金

○介護保険が適用されないサービスを利用する場合、お客様の全額自己負担となります。

当事業所では、次のような介護保険外のサービスを行っています。

| サービス名 | サービス内容                             | 利用料（全額）   |
|-------|------------------------------------|-----------|
| 自立支援  | 支援費制度に準じたサービス                      | 介護保険とほぼ同額 |
| 声掛け   | 独居の方への声掛けサービス<br>（訪問声掛けです。） 検討中です。 | 円／1回      |



◎ キャンセル料

お客様の都合により、予約していたサービスの利用を中止する場合、解約料が必要となる場合があります。詳しくは、下の表の通りです。

|                                   |                            |
|-----------------------------------|----------------------------|
| サービス提供の 12 時間前までに連絡がない場合          | 利用料（またはサービス費用）の100%を請求します。 |
| サービス提供の 12 時間～24 時間前までの間に連絡があった場合 | 利用料（またはサービス費用）の50%を請求します。  |
| サービス提供の 24 時間前までに連絡があった場合         | キャンセル料は不要です。               |

※ただし、お客様の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

◎ 解約料

当社に7日前までに解約を申し出ていただきましたら、希望する日に解約することができます。直ちに解約をしたい場合は、解約料が必要となります。

◎ 要介護認定の申請前や申請後で要介護認定前にサービスを利用した場合

要介護認定の申請前または申請後で要介護認定前でもサービスを利用できますが、認定の結果自立となった場合には、所定の利用料を負担していただきます。

また、認定結果によって、利用限度額を超えた場合は、その超えた分をご負担していただくことになります。

◎ 支払方法



○サービスを利用した場合、翌月10日までに前月分の利用料の請求をいたします（「請求書」をお渡しします）。

○請求書には明細が付いていますので、必ず内容をご確認ください。

○支払方法は銀行振込、現金集金、口座自動引き落としの3通りの中からお選びください。

○振替日・引き落とし日は、翌月の20日です。現金集金の場合は、翌月の10日までに、担当のホームヘルパーにお支払いください。

○お客様の支払方法は【契約書】（別紙）に記載します。

○お支払いいただきましたら、領収証を発行しますので、大切に保管してください。



◎ 緊急時の対応方法

お客様の病状の急変やその他必要な場合には、下記に記載の主治医（かかりつけ医）ならびにご家族の方に直ちに連絡し、必要な措置を講じます。

|               | 主治医<br>(かかりつけ医) | ご家族 ( ) | その他 ( ) |
|---------------|-----------------|---------|---------|
| 氏名            |                 |         |         |
| 連絡先<br>(電話番号) |                 |         |         |
| 住所<br>(所在地)   |                 |         |         |



(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

|             |          |
|-------------|----------|
| 虐待防止に関する担当者 | (代表・太田進) |
|-------------|----------|

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な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。

#### 衛生管理等

(1) 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。

(2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

(3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

#### ◎事故対処手順

まず気を落ち着け、蘇生処理が必要な場合は、処置をしてください。次に119へ連絡、御家族へ連絡、当事業所072-239-6190（事業所の誰でも結構です。）へ連絡をください。

#### ◎ 日常的金銭管理・財産管理・権利擁護等への対応

○当事業所は、お客様にサービスを提供する際に付随した日常的金銭管理・財産管理については、生活援助として行う買い物等に伴う少額の金銭の管理以外は、取扱いしません。

○お客様に日常的金銭管理や財産管理の必要が生じた場合、また財産侵害や虐待等に対するお客様の権利擁護等の必要が生じた場合には、お客様のご希望も踏まえながら、適切な公的窓口等の第三者機関をご紹介します。

#### 損害賠償

当事業所は以下の内容で損害賠償保険に加入しています。

当事業所がお客様に対して賠償すべきことが起こった場合は、誠実に対応するとともに、契約書本文第12条に基づき、当事業所は金銭等により賠償をいたします。



|       |                                  |
|-------|----------------------------------|
| 加入保険名 | 東京海上火災“介護・居宅サービス事業者保険”           |
| 保険の内容 | 対人賠償：最高1億まで保証<br>対物賠償：最高500万まで保証 |

|            |   |
|------------|---|
| 賠償できる事項    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・当事業所の訪問介護員がお客様に障害を負わせてしまった時</li> <li>・当事業所の訪問介護員がお客様の家財を壊してしまった時</li> </ul> |
| 当事業所の連絡担当者 | (氏名) 太田 進<br>(連絡先) 072-239-6190   |

◎ プライバシーについて

○当事業所は、お客様にサービスを提供するうえで知り得た情報は、決して第三者に漏らすことはありません。契約終了後も同様です。



○サービス担当者会議などでお客様やそのご家族の情報を利用するには、お客様の同意が必要となりますので、別に作成する同意書（「訪問介護利用契約における個人情報使用同意書」）に記名・押印いただくこととなります。

◎ こんな場合はこちらまで

①担当者と連絡を取りたい場合

072-239-6190

②予約していたサービスの利用を中止したい場合  
すみやかにこちらまでご連絡ください。

072-239-6190

③深夜などに緊急を要する場合

<緊急連絡先>

072-239-6190



④サービスの提供に関して苦情や相談がある場合

◎ 苦情相談連絡手順

○当サービス提供責任者にまず御相談ください、次に解決できなければ担当ケアマネに御相談ください。それでもなお、対応に不具合が続くようであれば以下へ御連絡ください。

(当社の苦情相談窓口)

|                |                           |
|----------------|---------------------------|
| 事業所担当者<br>太田 進 | 連絡先・ファックス<br>072-239-6190 |
|----------------|---------------------------|

(介護保険サービスの苦情について)

|           |   |
|-----------|---|
| 堺市東区地域福祉課 | 連絡先 072-287-8112<br>ファックス 072-287-8117<br>受付時間(平日) 午前9時～正午<br>午後1時～午後5時 |
|-----------|---|

(介護保険サービスの質や契約上のトラブルについて)

|                |   |
|----------------|---|
| 大阪府国民健康保険団体連合会 | 連絡先 06-6949-5418<br>ファックス 06-6949-5417<br>受付時間(平日) 午前9時～正午<br>午後1時～午後5時 |
|----------------|---|

◎ ケマネジャーや主治医(かかりつけ医)との連携

○当事業所は、サービスの提供にあたり、ご担当のケアマネジャーや主治医(かかりつけ医)との緊密な連携を図り、より良いサービスを提供いたします。

○また、お客様がケアプラン(居宅サービス計画)の変更を希望される場合は、速やかにご担当のケアマネ

ジャーへ連絡し、調整いたします。

◎ 契約の終了

お客様が介護保険施設に入所（入院）した場合や自立（非該当）と認定された場合などは、契約は自動的に終了します。

◎ 解約について

お客様は、当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合などには、文書で通知を行い、直ちに契約を解約することができます。当社が事業を休廃止する場合や、やむを得ない事情によりサービスの提供が困難になった場合に、契約を解約する場合があります（1か月前に文書でお知らせいたします）。

サービスの第三者評価の実施状況について

事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

|              |   |
|--------------|---|
| 【実施の有無】      | 無 |
| 【実施した直近の年月日】 |   |
| 【第三者評価機関名】   |   |
| 【評価結果の開示状況】  |   |

◎ サービス内容の情報開示について。

要請があればいつでも御提示をさせていただきますので気軽に事業所へ御申し出てください。

|                 |       |
|-----------------|-------|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 年 月 日 |
|-----------------|-------|

上記内容について、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）」第8条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

|     |       |                  |
|-----|-------|------------------|
| 事業者 | 所在地   | 大阪府堺市東区高松21番地の18 |
|     | 法人名   | 有限会社 e-Life      |
|     | 代表者名  | 太田 進 印           |
|     | 事業所名  | らぶ・いきいき介護サービス    |
|     | 説明者氏名 | 印                |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 利用者 | 氏名 | 印 |
| 代理人 | 氏名 | 印 |