

ヘルパーステーション 重要事項説明書

様

医療法人社団 佳和会
中山クリニック

1、事業者の表示

法人の名称	医療法人社団佳和会
代表者の役職	理事長
氏 名	中 山 潤 一
設立年月日	平成2年3月19日
所在地	明石市魚住町金ヶ崎370番地
電話番号	078(935)6060
FAX	078(935)0548
法人が行う 他の業務	通所リハビリテーション 訪問リハビリテーション デイサービスセンター スマイル・ロコ デイサービスセンター スマイル・マナ すみれ居宅介護支援センター

2、事業所の表示

事業所の名称	中山クリニック ヘルパーステーション
所在地	明石市魚住町金ヶ崎378番地8
指定事業所番号	2872004201
開設年月日	平成27年6月1日
連絡先	TEL : 078(934)8600 FAX : 078(939)6112 対応時間(平日): 午前8時20分～午後5時20分
営業日・営業時間	営業日:(平日) 午前8時20分～午後5時20分 休日 : 土曜・日曜日・祝祭日・盆休 年末年始の休日(12月29日～1月3日)
サービスを提供する地域	明石市の一部(魚住町・大久保町・二見町) 神戸市の一部(西区)
ホームページ	http://www.akashi-n-clinic.com/

3、事業所の責任者

責任者(管理者) 井上 昌美

4、事業の目的及び運営方針

①事業の目的

要支援者、要介護者の心身の特性をふまえて、その有する能力に応じ自立した生活を営む事ができるよう、援助を行う

②運営方針

関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り総合的なサービスの連携に努める

③その他

・訪問介護計画の作成及び事後評価

利用者の日常全般の状況及び希望をふまえて、居宅サービス計画に沿って訪問介護計画を作成します

又、評価をすることで訪問介護計画の見直しをします

・従業員研修

採用時研修 採用時と採用後から6ヶ月以内

継続研修

①倫理及び法令順守

②個人情報保護

③緊急時・災害時の対応

④事故防止および再発防止事故防止

⑤身体拘束・高齢者虐待防止

⑥ハラスメント対策

⑦認知症

⑧感染症(インフルエンザ・ノロウイルス等)予防・蔓延防止

⑨食中毒・熱中症

⑩接遇

⑪介護技術

⑫業務継続計画(BCP)

5、事業所の職員体制

(令和 8 年 6 月 1 日現在)

	資格		常勤	非常勤	計
管理者	介護福祉士	サービス提供責任者 訪問介護員 兼務	1 名		1 名
サービス提供責任者	介護福祉士	訪問介護員 兼務		1 名	1 名
介護福祉士			3 名		3 名
実務者研修 (ヘルパー 1 級)					0 名
介護職員初任者研修 (ヘルパー 2 級)				1 名	1 名
事務職員				1 名	1 名

6、事業実施地域

(1) 明石市の一部（魚住町・大久保町・二見町）および神戸市の一部（西区）を事業実施地域とします。

（当該地域内では交通費は利用料金に含みます）

(2) サービスの提供時間

	午前 8:20～12:20	午後 13:20～17:20	早朝 6:00～8:00	夜間 18:00～22:00
平日	○	○	×	×
土	×	×	×	×
祝・日曜	×	×	×	×

7、サービス内容

(1) 要介護の利用者

- ①身体介護 (1)食事介助…摂食の介助・一部介助・食事見守り等
(2)入浴介助…清拭・部分浴・全身浴・シャワー浴・洗面等
(3)排泄介助…トイレ介助・オムツ交換等
(4)保清整容…更衣介助・口腔ケア・整容(爪切り)・義歯洗浄
食事見守り等
(5)移動介助…体位交換・移乗介助・移動介助・移動見守り
- ②生活援助 (1)買物…日常品等の買い物・薬の受け取り等
(2)調理…一般的な調理・配膳及び後片付け等
(3)掃除…室内・トイレ・風呂・卓上等の清掃、ゴミ出し等
(4)洗濯…洗濯機及び手洗いによる洗濯・乾燥(物干し)、取り入れ、
収納アイロンがけ等
- ③ 自立生活支援
(1)自立への声掛け
(2)安全の見守り(服薬声掛け・歩行時の見守り)
(3)ともに行う家事(調理・掃除・洗濯・衣類整理)
(4)記憶への働きかけ
(5)意欲、関心の引き出し

(2) 要支援の利用者

介護予防訪問介護 ・自立支援を目的とした「身体介護」や「生活援助」等を行います。

(3) その他のサービス

・体調確認、室温調整、水分補給
・介護相談 等

※ 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
- ・来客の応対（お茶、食事の手配など）
- ・自家用車の洗車・掃除
- ・草むしりや花木の水やり、園芸（植木の剪定など）
- ・ペットの世話（犬の散歩など）
- ・家具・電気器具等の移動、修繕、模様替え
- ・大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ
- ・室内外家屋の修理、ペンキ塗り
- ・特別な手間をかけて行う料理（おせち料理など）
- ・病院院内介助

8、利用料金・その他料金

利用料はサービスの内容・利用する時間の長さによって異なります。

次ページ表の『利用料』がお客様に自己負担していただく目安の金額です。

（『サービス費用』原則 1 割・一定所得以上 2～3 割）。

介護報酬告示上の額又は市町村が定める額。

介護保険適用外のサービスについては、別途自費契約書に定める通りの料金をお支払いいただきます。

（１）訪問介護利用料金表（１回あたり）

身体介護	略称	単位数	費用総額	1 割	2 割	3 割
20 分未満	身体 01	179	1,865 円	186 円	372 円	558 円
20 分以上 30 分未満	身体 1	268	2,792 円	279 円	558 円	837 円
30 分以上 1 時間未満	身体 2	426	4,438 円	443 円	887 円	1,329 円
1 時間以上 1 時間 30 分未満	身体 3	624	6,502 円	650 円	1,300 円	1,950 円
1 時間 30 分以上 30 分を増すごとに		90	937 円	93 円	186 円	279 円

生活援助	略称	単位数	費用総額	1 割	2 割	3 割
20 分以上 45 分未満	生活 2	197	2,052 円	205 円	410 円	615 円
45 分以上	生活 3	242	2,521 円	252 円	504 円	756 円

身体介護に引き続き生活援助を行う場合	単位数	費用総額	1 割	2 割	3 割
20 分以上 45 分未満	72	750 円	75 円	150 円	225 円
45 分以上 70 分未満	143	1,490 円	149 円	298 円	447 円
70 分以上	215	2,240 円	224 円	448 円	672 円

身体・生活混合	略称	単数数	費用総額	1 割	2 割	3 割
40 分以上 75 分未満	身体 1 生活 1	340	3,542 円	354 円	708 円	1,062 円
65 分以上 100 分未満	身体 1 生活 2	411	4,283 円	428 円	856 円	1,284 円
50 分以上 105 分未満	身体 2 生活 1	497	5,178 円	517 円	1,034 円	1,551 円
75 分以上 110 分未満	身体 2 生活 2	569	5,928 円	592 円	1,184 円	1,776 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しになります。

提供時間	早朝	夜間
時間帯	午前 6 時から午前 8 時	午後 6 時から午後 10 時
加算割合	25%	25%

※ケアプランに添って 2 人で訪問した場合は、2 人分の料金となります。

（２）明石市予防専門訪問型サービス（１回あたり）

（１回あたり）		単位数	費用総額	1 割	2 割	3 割
訪問型独自サービス 11 回数	週 1 回程度の利用 月 4 回まで 対象：要支援 1・2 事業対象者	268	2,792 円	279 円	558 円	837 円
訪問型独自サービス 12 回数	週 2 回程度の利用 月 8 回まで 対象：要支援 1・2 事業対象者	272	2,834 円	283 円	566 円	850 円
訪問型独自サービス 13 回数	週 2 回を超える利用 月 12 回まで 対象：要支援 2 事業対象者	287	2,990 円	299 円	598 円	897 円

（３）緊急時訪問介護加算

	単位数	費用総額	1 割	2 割	3 割
利用者様やそのご家族からの要請を受けて、サービス提供責任者が介護支援専門員と連携を図り、介護支援専門員が必要と認めた時に、サービス提供責任者、又は訪問介護員が居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行った場合	100	1,042 円	104 円	208 円	312 円

（４）訪問介護初回加算

	単位数	費用総額	1 割	2 割	3 割
新規に訪問介護計画書を作成した利用者様に対して、初回に実施した訪問介護と同月にサービス提供責任者が自ら訪問介護を行う場合、又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行した場合（2 ヶ月以上請求されていない利用者様が再度利用する場合も同様の加算）	200	2,084 円	208 円	416 円	625 円

(5) 生活機能向上連携加算

生活機能向上連携加算 (Ⅰ)	単位数	費用総額	1 割	2 割	3 割
リハビリテーション事業所の理学療法士等やリハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数 200 床未満のものに限る)の理学療法士等や医師からの助言(アセスメント・カンファレンス)を受ける体制を構築し、サービス提供責任者が生活向上を目的とした介護計画書を作成した場合(連携して訪問介護を行った場合に、最初の訪問介護を行った月に所定単位数を加算する)	100	1,042 円	104 円	208 円	312 円
生活機能向上連携加算 (Ⅱ)	単位数	費用総額	1 割	2 割	3 割
介護計画書の作成にあたり、リハビリテーション事業所の理学療法士等や医療提供施設(原則として許可病床数 200 床未満のものに限る)の理学療法士等や医師が利用者の居宅を訪問する際に、サービス提供責任者が同行する、又は、当該理学療法士等及びサービス提供責任者が、利用者の居宅をそれぞれ訪問した上で、協働してカンファレンスを行った場合(連絡して訪問介護を行った場合に、最初の訪問介護を行った月以降 3 月の間で算定する)	200	2,084 円	208 円	416 円	625 円

(6) 口腔連携強化加算

	単位数	費用総額	1 割	2 割	3 割
・事業所の従業者が口腔の健康上の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に 1 か月に 1 回に限り所定単位数を加算する。 ・事業者は利用者の口腔の健康状態にかかる評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数区分番号 C000 に掲げる歯科訪問診療科の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めている事	50	521 円	52 円	104 円	156 円

(7) 介護職員処遇改善加算

- (Ⅰ) : 所定単位数の 24.5% を加算
- (Ⅱ)イ : 所定単位数の 24.9% を加算
- (Ⅱ)ロ : 所定単位数の 26.6% を加算

(8) 交通費

- ・通常のサービス提供実施地域(3 ページに記載) → 無料

(9) 利用料の変更

介護保険制度の改正等で、上記の内容が変更になる場合は、事業所は速やかに利用者または家族等に文書などをもってお知らせします。

9、サービス利用のキャンセル料

利用者の都合により、予約していたサービスの利用を中止する場合、キャンセル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。

サービス提供開始の2時間前までに連絡がなかった場合	全利用料の5割
サービス提供開始の2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、利用者の容態の急変など、緊急のやむを得ない事情がある場合、キャンセル料発生か否かは事実関係を確認した上で、双方合意の基に決定します。

10、サービスの解約終了

(1) 利用者のご都合でサービスを終了する場合

本契約の解約を希望する日の7日前までに書面でお申し出があればいつでも解約できます。この場合は解約料を徴収致しません。

(2) 自動終了

以下の場合、双方の文書がなくても自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設等に入所し、または入院した場合
- ・利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・利用料滞納された場合
- ・利用者が亡くなられた場合

(3) その他

- ・当事業所が正当な理由無くサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、又は利用者様から職員等に対してハラスメント行為（※下部参照）があった場合、利用者様へ文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了することができます

ハラスメント行為とは

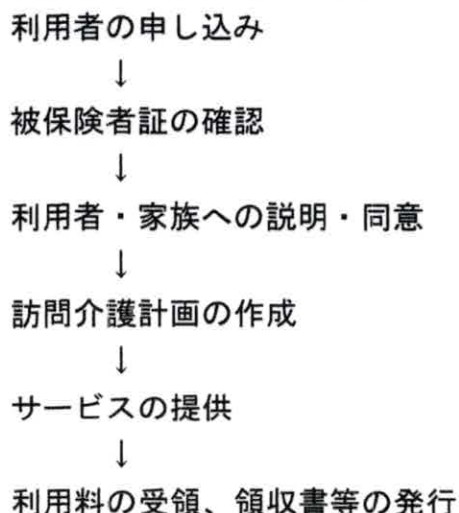
- ・身体的暴力・・・・・・・・物を投げつける、たたく、手を払いのける蹴る
- ・精神的暴力・・・・・・・・大声を出す、怒鳴る、理不尽なサービスを要求する、威圧的な態度で文句を言う
- ・セクシャルハラスメント・必要もなく身体をさわる、抱きしめる性的な話をする、性的画像を見せる
- ・その他・・・・・・・・長時間の電話、事業所に対して理不尽な苦情を申し立てる

を指します

- ・利用者様がサービスの支払いを2ヶ月以上延滞し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払わない場合、又は、利用者様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文章で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

1 1、サービス提供の手順

サービス利用は、以下の通りです。



1 2、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（サービス費用の全額）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、その超えた分を全額負担していただくことになります

1 3、支払方法

お支払方法は、一括払いとなります。利用月分を翌月27日に口座振替、または振込にてお支払い頂きます。口座振替に関しては申し込みから手続きに時間を要する場合がありますので、初回の口座振替に間に合わない場合があります。その際は翌月に合算してご請求となります。また、残高不足等で口座振替ができなかった場合についても、翌月に合算してのご請求となります。

1 4、緊急時の対応

緊急時の対応は、緊急時の対応（同意書）に基づいて行います。また、緊急先の確認は、4月に更新させていただきます

1 5、事故発生時の対応

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者家族、当該利用者に係わる居宅介護支援事業者又は、地域包括支援センターに連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

16、損害賠償

当事業所は従業員の過失により利用者に不利益が生じたとき、損害賠償の責に應じます。その金額については、民法に基づいて処理を行います。

17、損害保険

当事業所は損害賠償に加入しており、その保険契約の内容について、利用者の要望があれば情報を開示します。

18、守秘義務

従業員は業務上知り得た利用者又はその家族の個人情報を保護する義務を負います。また従業員の退職後もこれを保護するために、従業員が事業所と締結する雇用契約書にも、その旨の内容が含まれています。

19、個人情報使用の同意

当事業所が保有する利用者及びそのご家族の個人情報の利用については、情報を共有する必要がある場合、および以下の場合に用いらさせていただきます

【個人情報利用範囲】

- ・ サービスを円滑に行う為に連携が必要な場合の情報共有
- ・ 管理・請求業務などの事務手続き
- ・ 緊急時の医師及び関係職種への連絡
- ・ 法令上義務付けられている関係機関（医療・警察・消防等）への提出
- ・ 当事業所の職員研修などにおける資料
- ・ 特定の目的の為に同意を得たものについてはその範囲内で使用する

20、肖像権について

当事業所のホームページ、パンフレット、掲示物、広報誌、利用者様の怪我の際などにおいて利用者様の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。使用につきまして、以下に○をご記入下さい

（ 同意する ・ 同意しない ）

21、相談窓口

当社の訪問サービスに関する相談、苦情、要望がありましたら、ご遠慮なく下記にご連絡ください。ご相談、苦情等につきまして真摯に受け止め、誠意を持って問題の解決にあたります。対応内容もきちんと記録し、更なる質の向上に努めてまいります。

(当社の苦情相談窓口)

相談窓口	担当責任者 : 中山クリニック 在宅部門統括主任 木村 圭佑 連絡先 : (078) 934-2556 * 9時～17時まで(休業日を除く)
------	---

(県の窓口・介護保険サービスの苦情について)

兵庫県国民健康保険団体連合会 (介護サービス苦情相談窓口)	連絡先 : (078) 332-5617 受付時間 : (平日) 8時45分～17時30分
----------------------------------	--

(市町村の窓口)

明石市高齢者総合支援室 福祉施設安全課	連絡先 : (078) 918-5091 FAX : (078) 919-4060
------------------------	--

2.2、担当者の変更等

ヘルパーステーションにおける担当者は、当事業所の判断で決定いたします。
変更の希望がある場合は管理者またはその他、介護スタッフにご相談ください。
やむを得ずヘルパーが変更する場合もございますのでご了承ください。

2.3、身分証携行義務

訪問介護員は、常に身分証を携行し初回訪問時及び利用者またはその家族から求められたときは、いつでも身分証を提示します。

2.4、ケアマネジャーや主治医（かかりつけ医）との連携

- ①当事業所は、サービスの提供にあたり、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。
- ②また、利用者がケアプラン（居宅サービス計画書）の変更を希望される場合は、速やかに担当のケアマネジャーへ連絡し、調整いたします。

2.5、家族等への連絡

希望があった場合には、利用者に連絡するのと同様の通知を家族等へもおこないます。

2.6、記録の保管

サービス提供の記録は、5年間保管します。記録の閲覧、及び写しの交付は、本人様及び家族の申請が必要となります。

2.7、その他

サービス利用の際には、介護保険被保険者証と介護保険負担割合証を提示して下さい。

ヘルパーステーション重要事項説明書の交付、ならびに詳細に説明を受けたことを確認致します。

本契約を証するため、本書を2通作成し甲においては記名捺印、乙においては自署のうえ各その1通を保持します。

甲（事業所）

住 所 : 兵庫県明石市魚住町金ヶ崎370

事業者（法人）名 : 医療法人社団 佳和会

代表者名 : 理事長 中山 潤 一 ⑩

事業所名 : 中山クリニック ヘルパーステーション

サービス提供責任者 : 井 上 昌 美 ⑩

酒 井 優 希 ⑩

令和 年 月 日

乙（利用者）

氏 名 : _____

家族又は
立会人 : _____