

指定訪問介護事業所  
重要事項説明書  
(ホームヘルパー)

様

社会福祉法人のじぎく福祉会  
特別養護老人ホームこすもす園

## 1. 当事業者（法人）の概要

法人の名称	社会福祉法人のじぎく福祉会
代表者氏名	理事長 栗原 英治
法人所在地	兵庫県加古川市神野町神野 1 3 6 - 8
電話番号	0 7 9 - 4 3 8 - 9 6 9 6
FAX番号	0 7 9 - 4 3 8 - 9 6 9 7
ホームページ	<a href="http://www.nojigiku.or.jp/">http://www.nojigiku.or.jp/</a>
設立年月日	平成 2 年 1 2 月 2 8 日

## 2. 当事業所の概要

### (1) 事業所の所在地等

事業所の名称	特別養護老人ホームこすもす園
指定事業所番号	2 8 7 2 2 0 0 2 0 5
事業所の所在地	加古川市神野町神野 1 3 6 - 8（主たる事務所） 加古川市神野町神野 1 5 6 - 2 9（従たる事務所）
電話番号	0 7 9 - 4 3 8 - 7 8 1 3
開設年月日	平成 4 年 4 月 1 日
管理者	木村 訓子
通常の事業の実施地域	加古川市・稲美町 ※この地域以外でもご希望の方はご相談下さい。

### (2) 営業日時及び休日

営業日・営業時間	月～日曜日 8時30分から17時30分
連絡先	0 7 9 - 4 3 8 - 7 8 1 3
休日	なし（窓口は月～土 8時30分から17時30分）

## 3. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	社会福祉法人のじぎく福祉会が開設する、こすもす園が行う訪問介護事業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、こすもす園の介護福祉士又は訪問介護員研修の修了者が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な訪問介護を提供することを目的とする。
運営方針	要介護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、食事の介護その他生活全般にわたる援助を行う。

#### 4. 事業所の職員体制

職 種		職 務 内 容
管 理 者	常勤 1名	事業所の管理・運営
サービス提供責任者	常勤 2名以上	介護サービス計画の作成 居宅介護支援事業者等の連絡調整
訪問介護員	非常勤 15名以上	訪問介護サービスの実施 身体介護及び生活援助

#### 5. 主なサービス内容及び手続きの説明

(1) 介護サービスご利用の前に

- 介護サービスご利用前には、必ず「介護保険被保険者証」をご提示ください。  
また、介護保険被保険者証の内容が変わった場合にも必ず「介護保険被保険者証」をご提示ください。  
ご提示の際、特に以下の点をご確認ください。

ご確認いただく点	内容
要介護状態区分等	空白または自立の場合は、介護保険の適用外となります。
認定の有効期間	ご利用期間が認定の有効期間内でない場合は保険証を使えません。
居宅サービス	ご利用期間が区分支給限度基準額期間内でない場合は保険証を使えません。

- 生活保護等の公的扶助または各種減額、軽減措置を受けている場合は事前にお申し出ください。  
また、各種減額証・減免証をお持ちの場合は、必ずサービスご利用前にご提示ください。
- 要介護認定を受けていない場合のサービスご利用(償還払い)の詳細につきましては、契約者の担当介護支援専門員(ケアマネージャー)にご相談ください。

#### ■介護サービスご利用の個別計画

契約者の担当介護支援専門員(ケアマネージャー)が作成した居宅介護計画(ケアプラン)に基づき、契約者の状況に合った介護サービス案を作成いたします。その後、介護サービス開始前に契約者、もしくは、家族等に対して説明を行い、同意を得たうえで決定いたします。ご利用中の介護計画変更の際にも契約者および家族等の同意を得て計画を変更いたします。

## (2) 介護サービスの利用中止、変更、追加

- 契約者の都合による居宅介護計画（ケアプラン）の変更は可能です。計画を変更される場合は、ご利用前日までに当園へご連絡ください。
- ご利用中止の場合は、ご利用前日の午後5時30分までにこすもす園へ必ずご連絡ください。

ご利用中止の連絡が無い場合は、やむを得ない事情、緊急以外は取消料として1,000円をいただきます。

こすもす園訪問介護事業所 電話（079）438-7813

～介護保険適用による介護サービスをご利用の際は、居宅介護計画が必要です～

居宅介護計画（ケアプラン）とはご契約者に対する介護を行う際の「介護の計画書」です。

お客様ご担当の介護支援専門員（ケアマネージャー）が作成し、当園は作成された居宅介護計画に基づいて介護サービスの提供を行います。

### ■要介護認定を受けている場合

もよりの居宅介護支援事業所に居宅介護計画の作成をお申し込みください。

介護計画作成の際、こすもす園介護サービスご利用希望の旨を、介護支援専門員（ケアマネージャー）にお伝えください。

### ■要介護認定を受けていない場合

お住まいの市役所・役場の介護保険課もしくは、もよりの居宅介護支援事業者に要介護判定をお申し込みください。

判定の結果、要介護認定を受けた場合は、もよりの居宅介護支援事業者に居宅介護計画（ケアプラン）の作成を依頼してください。

## (3) 介護保険対象のサービス

以下のサービスの金額は法定介護報酬額によります。詳しい金額につきましては、次頁・料金表を参照の上、居宅介護計画（ケアプラン）作成の際に確認ください。

項目	内容
身体介護	<u>契約者に対する身体介護を行います。</u> ●入浴の介助（入浴が困難な場合は清拭します） ●排泄の介助及びおむつ交換 ●食事の際の介助 ●身体の向きを変える介助 ●通院の際の付添い介助
生活援助	<u>契約者に対する生活援助を行います。</u> ●食事の用意 ●衣服等の洗濯 ●部屋（居室）の掃除 ●日常生活に必要な品物の買物

介護サービス提供に際してのお願い（皆様のご理解とご協力をお願いいたします）

- 担当の訪問介護員はこすもす園が決定します。  
サービス提供時は複数の訪問介護員が交替してサービスを提供いたします。
- 契約者からの担当訪問介護員の指定はできません。訪問介護員の交替を希望の場合は、交替を希望される理由をこすもす園へお知らせください。
- こすもす園の事情により訪問介護員を交替する場合がございます。その際、契約者および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いたします。
- 介護サービス提供に関する指示は、契約者の事情、意向等に十分に配慮したうえで、こすもす園から訪問介護員に直接行います。
- 訪問介護サービス実施のために必要な備品等（水道・電気・ガスを含む）は、無償で使用させていただきます。また、訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。
- 契約者以外へのサービス提供はできません。また、契約者以外（家族等含む）への介護、食事の提供、家族等の衣類洗濯、契約者の居室以外の掃除等はいたしません。
- 介護サービス以外の業務（庭の掃除、故障箇所の修繕、預金の預け払い、医療行為等）はいたしません。
- 通院等、移動付き添いは、タクシー・バス等の公共交通機関を利用の場合に限らせていただきます。
- 契約者および家族等からの金銭・物品の授受は一切いたしません。

#### （４）サービスの終了について

<p>■この場合 契約は終了 します</p>	<p>①契約者が死亡された場合。 ②要介護認定により契約者が自立と判定された場合。 ③当園が解散、破産、またはやむをえない事由により閉鎖した場合。 ④当園の滅失や重大な毀損により、介護サービスの提供が不可能になった場合。 ⑤当園が介護保険の指定を取り消された場合。 ⑥当園が介護保険の指定を辞退した場合。 ⑦契約者が解約または契約解除の申し出をされた場合。 （希望日の7日前までにお申し出ください） ⑧当園が契約解除を申し出た場合。（1ヶ月前までに通知いたします）</p>
<p>■この場合 契約者は即時に契約を 解除すること ができます</p>	<p>①契約者が介護保険給付対象外サービスのご利用料金の変更に同意できない場合。 ②契約者が当園の運営規程の変更に同意できない場合。 ③契約者が入院された場合。 ④当園が正当な理由なく、契約に定めるサービスを実施しない場合。 ⑤当園がご契約者の守秘義務に違反した場合。 ⑥当園が故意または重大な過失により契約者の身体・財物・信用等を傷つける行為をおこなった場合。 ⑦他のお客様によるご契約者の身体・財物・信用等を傷つける行為の恐れがある場合において、当園が適切な対応をとらない場合。 ※上記理由により解約料の請求は一切いたしません</p>

<p>■この場合 当園が契約 を解除いた します。</p>	<p>※以下の場合は、事業者より1ヶ月前に契約者に通知いたします。</p> <p>①契約者が契約の際、心身の状況および病歴等の重要事項を当園にお伝えいただけなかったことに起因して重大な問題が発生した場合。</p> <p>②契約者が契約の際、心身の状況および病歴等の重要事項について、当園に偽りの情報をお伝えされたことに起因して重大な問題が発生した場合。</p> <p>③契約者によるサービス利用料金の支払いが3か月以上遅延した場合。</p> <p>④契約者が故意または重大な過失により他のご利用者または当園および当園職員等の身体・財物・信用等を傷つける行為をされた場合。</p> <p>⑤契約者の行動により他のご利用者または当園および当園職員等の生命・身体・健康に重大な影響を及ぼすおそれがある場合。</p> <p>⑥契約者が当園において重大な自傷行為をなさるおそれがある場合。</p>
---	---

## 6. サービス利用料及び利用者負担

**料金表** ※端数処理の関係により実際の請求額と若干異なることがあります。

### (1) 介護保険対象サービス

身体介護が中心である訪問 介護を行った場合	介護報酬総額 (10割)	1割負担	2割負担	3割負担
所要時間が20分未満の場合	1664円	167円	333円	500円
所要時間が20分以上30分未満の場合	2491円	250円	499円	748円
所要時間が30分以上1時間未満の場合	3951円	396円	791円	1186円
所要時間が1時間以上1時間30分未満	5789円	579円	1158円	1737円
以後所要時間30分を増すごとに加算される	837円	84円	168円	252円

生活援助が中心である訪問 介護を行った場合	介護報酬総額 (10割)	1割負担	2割負担	3割負担
所要時間が20分以上45分未満の場合	1827円	183円	366円	549円
所要時間が45分以上の場合	2246円	225円	450円	674円

身体介護が中心である訪問介護を行った後に生活援助が中心である訪問介護を行った場合	介護報酬総額 (10割)	1割負担	2割負担	3割負担
身体介護 所要時間20分以上30分未満 生活援助 所要時間20分以上45分未満の場合	3154円	316円	631円	947円
身体介護 所要時間20分以上30分未満 生活援助 所要時間45分以上70分未満	3818円	382円	764円	1146円
身体介護 所要時間20分以上30分未満 生活援助 所要時間70分以上	4482円	449円	897円	1345円
身体介護 所要時間30分以上1時間未満 生活援助 所要時間20分以上45分未満	4614円	462円	923円	1385円
身体介護 所要時間30分以上1時間未満 生活援助 所要時間45分以上70分未満	5278円	528円	1056円	1584円
身体介護 所要時間30分以上1時間未満 生活援助 所要時間70分以上	5942円	595円	1189円	1783円

加算	介護報酬総額 (10割)	1割負担	2割負担	3割負担
緊急時訪問介護加算(ケアマネージャーが必要と認めた場合)	1021円	103円	205円	307円
初回加算(初回利用月にサービス提供責任者が訪問介護を行う場合)	2042円	205円	409円	613円
生活機能向上連携加算Ⅰ	1021円	103円	205円	307円
生活機能向上連携加算Ⅱ	2042円	205円	409円	613円
認知症専門ケア加算Ⅰ	30円	3円	6円	9円

認知症専門ケア加算Ⅱ	40円	4円	8円	12円
口腔連携強化加算	510円	51円	102円	153円

2人の訪問介護員等による場合	所定単位数の100分の200×10.21（左記の1割）
特定事業所加算Ⅰ	所定単位数の100分の20×10.21（左記の1割）
特定事業所加算Ⅱ	所定単位数の100分の10×10.21（左記の1割）
特定事業所加算Ⅲ	所定単位数の100分の10×10.21（左記の1割）
特定事業所加算Ⅳ・Ⅴ	所定単位数の100分の3×10.21（左記の1割）
夜間・早朝、深夜加算 夜間（18時～22時）又は早朝（6時～8時） 深夜（22時～翌朝6時）	所定単位数の100分の25×10.21（左記の1割） 所定単位数の100分の50×10.21（左記の1割）
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	総単位数の1000分の245×10.21（左記の1割）
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	総単位数の1000分の224×10.21（左記の1割）
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	総単位数の1000分の182×10.21（左記の1割）

※下記の①・③の場合は所定単位数の100分の90×10.21円を算定します。

②の場合は所定単位数の100分の85×10.21円を算定します。

④の場合は所定単位数の100分の88×10.21円を算定します。

①事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内の建物に居住する利用者（②及び④に該当する場合を除く）

②上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が50人以上／月の場合

③上記①以外の範囲に所在する建物に居住する利用者が20人以上／月の場合

④正当な理由なく、事業所において、前6月間に提供した訪問介護サービスの提供総数のうち、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者（②に該当する場合を除く）に提供されたものの占める割合が100分の90以上の場合

※要介護認定の結果、自立（非該当）と判定された場合には、利用料は全額自己負担となります。

## （2）介護保険対象外サービス

### ①交通費

通常の事業の実施区域（加古川市・稲美町）へのサービス提供の場合は利用料金に含まれています。通常の事業の実施地域以外の場合は、5km毎に交通費の実費として、100円を請求いたします。

### ②キャンセル料

ご利用中止の場合は、ご利用前日の午後5時30分までにこすもす園訪問介護ステーションへ必ずご連絡ください。（079-438-7813）

ご利用中止の連絡が無い場合は、やむを得ない事情、緊急以外は取消料として1,000円をいただきます。

※料金の変更の際には、変更の1ヶ月前までに文書にてお知らせいたします。

## ■利用料金の支払い

利用料金は利用月末締で1か月単位の支払いです。利用翌月に、前月利用分の請求書を発行します。なお、支払いは利用の翌月20日までに下記のいずれかの方法でお願いいたします。



原則として自動振替（但陽信用金庫）でのお支払いをお願いしております。

支払い方法	概要
たんよう自動振替サービス	契約者の但陽信用金庫口座より利用料金を引き落とします（別途手続きが必要です）
窓口（現金）支払い	平日午前9時から午後5時まで受付いたしております。
指定口座への振込み	振込先 但陽信用金庫 北野支店 普通預金 5017841 社会福祉法人のじぎく福祉会 特別養護老人ホーム こすもす園訪問介護 施設長 鷲坂 達雄 （振込手数料は契約者負担）

## 7. 苦情相談窓口

(1) 当施設における苦情やご相談は以下の受付担当者または第三者委員が受け付けます。

<受付担当者> 木村訓子 黒藪愛子 橘弘子 工納慶子

<受付日時> 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分

<電話番号> 079-438-7813（訪問介護事業所）

079-438-7770（こすもす園）

<第三者委員> 宗行 正明 電話(080)3137-5529

中村 昌由 電話(090)7762-9350

<苦情解決責任者> 木村訓子（管理者）

※ 第三者委員は、苦情解決を円滑に図るために双方への助言や話し合いへの立会いなどもいたします。

※ 苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによって円滑な解決に努めます。

(2) 公的機関における苦情受付窓口

以下のところでも苦情の受付をいたしております。

<加古川市介護保険課>

電話：(079) 427-9220 住所：加古川市加古川町北在家 2000

日時：月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分まで受付

<国民健康保険団体連合会>

電話：(078) 332-5617 住所：神戸市中央区三宮町 1-9-1-1801

日時：月曜日～金曜日 午前8時45分～午後5時15分まで受付

<兵庫県運営適正化委員会>

電話：(078) 242-6868 住所：神戸市中央区坂口通 2-1-1

兵庫県福祉センター内

日時：月曜日～金曜日 午前10時～午後4時まで受付

<兵庫県加古川健康福祉事務所監査指導課>

電話：(079) 421-9296 住所：加古川市加古川町寺家町天神木 97-1

加古川総合庁舎 3階

日時：月曜日～金曜日 午前9時～午後5時30分まで受付

## 8. サービス提供責任者の変更

担当のサービス提供責任者に関しては、いつでも変更できます。ご相談下さい。

## 9. プライバシー（個人情報）の保護

当事業者がサービスを提供する際に、利用者や家族に関して知り得た情報については、サービス担当者会議などの利用者へのサービス提供のために必要な業務以外では決して他に漏れないようにします。サービスの提供に関わって、利用者の情報を他の事業者等と共有する必要があるときは、あらかじめ利用者に説明し同意書に署名捺印をいただきます。

## 10. 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行います。

### 11. 記録の保管

サービス終了後、5年間は記録を保管しています。記録の閲覧、写しの交付は本人及び家族に限ります。

### 12. 事故・緊急発生時の対応

#### (1) 事故が発生した場合

事故が発生した場合には、契約者や家族様に対し速やかに状況を報告、説明し、その被害の拡大防止を図るなど必要な措置を講じます。

#### (2) 緊急時の対応について

契約者に対して緊急を要する場合、主治医および担当介護支援専門員（ケアマネジャー）へ速やかに連絡し、緊急マニュアルにしたがい、適切かつ迅速な措置を講じます。

●緊急時対応窓口      こすもす園訪問介護事業所      電話(079)438-7813

### 13. 損害賠償について

●当事業所の責任によって利用者に損害を生じさせた場合、当事業所は速やかにその損害を賠償いたします。ただし、利用者側の故意または過失が認められる場合において、利用者の心身状況を考慮したうえで、当事業所の損害賠償の責任を減じる場合があります。

●当事業所の責任による理由がない限り損害賠償の責任を負いません。

とりわけ、以下の場合は、当園は損害賠償責任を免れます。

- ① 契約者および家族が契約の際、または当園が契約者の状況についておたずねした際、心身の状況および病歴等の重要事項を当園にお伝えいただけなかったことに起因して重大な問題が発生した場合。
- ② 契約者および家族が契約の際に、または当園が契約者の状況についておたずねした際心身の状況および病歴等の重要事項を当園に偽ってお伝えされたことに

起因して重大な問題が発生した場合。

- ③ 契約者の急激な体調の変化など、当園が実施したサービスに起因しない事由により損害が発生した場合。
- ④ 契約者が、当園および当園職員の指示等に反して行った行為により損害が発生した場合。

当事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	損保ジャパン日本興亜株式会社
加入保険名	しせつの損害補償

内容詳細についてお知りになりたい場合は、当事業所までご連絡ください。

#### 14. 担当者の禁止行為

サービス提供契約の実施以外の営利行為や宗教勧誘は行いません。

#### 15. 重要事項の変更について

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じた場合には、利用者に書面にて通知し、同意を得るものとします。

#### 16. 身分証明書の携行

訪問介護員等は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又はその家族から求められた時は提示します。

■説明のご確認

説明日時 令和 年 月 日 時 分 ~ 時 分

説明場所 \_\_\_\_\_

指定訪問介護サービスの提供に際し、この書面にに基づき、この重要事項説明書に記載する事項の説明を行いました。

事業者 社会福祉法人のじぎく福祉会 理事長 栗原 英治 印

説明者 職名 サービス提供責任者 氏名 印

私は、この書面に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開始に同意しました。

契約者（利用者） 住所  
氏名 印

連帯保証人 住所  
氏名 印

私は、契約者が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たことを確認しましたので、私が契約者に代わって署名を代行します。

署名代行者 住所  
氏名 印

## 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 \_\_\_\_\_ および代理人 \_\_\_\_\_ は、社会福祉法人のじぎく福祉会特別養護老人ホームこすもす園が、私および身元引受人、家族の個人情報を下記の範囲内での使用、提供、および収集することに同意します。

### 1 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準ずる。

### 2 個人情報の内容

住所、氏名、性別、生年月日、年齢、電話番号、職業、年収、資産（住居）  
社会保険関係情報（要介護度、年金、保険種別、記号、番号、有効期限、記載情報）  
病歴情報（体重、血液型、バイタル情報、感染症の有無、病名、既往歴、投薬情報）  
生活情報（婚姻歴、家族、親族、資産、宗教、食事形態、嗜好品、趣味）  
各種サービス利用情報（介護保険サービス関係、その他のサービス）  
取引金融機関、写真（人物が特定されるもの、介護保険者証、身体の状態、部屋の様子等）  
家族・親族・保証人の住所・氏名・性別・生年月日、年齢、電話番号、続柄、勤務先、職業

### 3 利用先

当施設の事業所、各種福祉・医療機関、行政関係、認定評価機関、委託先事業者、各種取引業者、善意の報道関係、当法人機関紙、事業所広報誌、家族・親族、実習生、ボランティア

### 4 利用目的

- (1) 事業所が提供する、介護・福祉サービスのため
- (2) 各種サービス利用上の情報提供と正当な問い合わせ
- (3) 行政機関からの正当な問い合わせ
- (4) 法令上の監査、自主的な評価監査上の必要性のため
- (5) 家族・親族（限定する場合は別記記載）からの問い合わせ
- (6) 本人からの開示請求

### 5 利用条件

- ・ 家族の限定の有無      有      ・      無      有の場合（      ）
- ・ その他条件      （      ）

### 6 その他

- (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 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

続 柄（利用者との関係） \_\_\_\_\_