

訪問介護及び介護型ヘルプサービス 重要事項説明書

＜令和6年6月1日現在＞

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	合同会社 ハンドトゥハンド
代 表 者 名	前田 三枝子
所在地・連絡先	(住所) 京都市北区紫野下御輿町28番地1 創彩ビル4階 (電話) 075-493-2207 (FAX) 075-493-2210

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	ケアステーション結
所在地・連絡先	(住所) 京都市下京区大宮通木津屋橋上る上之町417番地1 ナカキンズフラット202号室 (電話) 075-585-5721 (FAX) 075-585-5723
事業所番号	訪問介護及び介護型ヘルプサービス：2670401146
管理者の氏名	前田 祐一

(2) 事業所の職員体制

訪問介護、介護型ヘルプサービス

従業者の職種	人数 (人)	区分		職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)	
管理者	1	1		職員及び業務管理
サービス提供責任者	2以上 (管理者含)	2以上 (管理者含)		支援内容確認と訪問介護員への指示
訪問介護員	3以上 (管理者、サ 責含)	2以上	1 以上	訪問介護
事務職員	0			事務

(3) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	北区（小野、真弓、雲ヶ畑除く） 左京区、上京区、西京区 中京区、下京区、南区、伏見区 右京区（京北除く）
------------	---

※ 上記地域以外でも御希望の方は御相談ください。

(4) 営業日・営業時間

営業日	営業時間
月曜日～金曜日 (サービス提供は日曜日～土曜日)	8時30分～17時30分 (サービス提供は8時～22時)

3 サービスの内容

身体介護	入浴・排泄・食事・衣服の着脱・体位変換・通院介助・買物同行等の介護
生活援助	調理・洗濯・物干し・掃除・買物等日常生活上の家事を援助

※「通院介助」については、ご自宅から病院までの道程における同行介助のみが介護保険給付対象であり、病院内での付添いは原則として介護保険ではお引き受けできません。

4 費用

(1) 介護保険サービス（介護予防含む）

原則として料金表の利用料金の1割（一定以上の所得のある方は2割または3割）が利用者様の負担額となります。

【料 金 表】

<訪問介護>

	サービスの内容 1回あたりの所要時間	サービス利用料金	利用者負担額（1割の場合）
身体介護 中心型	20分未満	1,744円	174円
	20分以上30分未満	2,610円	261円
	30分以上1時間未満	4,140円	414円
	1時間以上1時間30分未満	6,066円	606円
	1時間30分以上	30分増すごとに 877円を加算	30分増すごとに 87円を加算
引き続き「生活援助中心型」を 算定する場合		生活援助20分以上45分未満行った場合 695円を加算（利用者負担額 69円） 生活援助70分以上行った場合 2,086円を加算（利用者負担額 208円）	

生活 援助 中心 型	20分未満		
	20分以上45分未満	1,915円	191円
	45分以上	2,354円	235円
通院等のための 乗車又は降車の介助		1,037円	103円

夜間（午後6時から午後10時）・早朝 （午前6時から午前8時）の加算	上記の額に1回につき25%加算します。
深夜（午後10時から午前6時）の加算	上記の額に1回につき50%加算します。

・加算項目

※ 初回加算 2140円（自己負担額214円）

※ 特定事業所加算（Ⅰ）

利用者に対し訪問介護のサービスを行った場合、1回につき、所定単位数に20%乗じた額が加算されます。

※ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

利用単位数の24.5%×10.7で算出された金額の1割（一定以上の所得のある方は2割または3割）をご負担していただく事となります。

※ 緊急時訪問介護加算（身体介護のみ）1070円（自己負担額107円）

※ 生活機能向上連携加算（Ⅰ）1070円/月（自己負担額107円）

※ 生活機能向上連携加算（Ⅱ）2140円/月（自己負担額214円）

※ 訪問介護口腔連携強化加算 535円/月（自己負担額 53円）

<介護型ヘルプサービス>

（1月あたり）

サービスの内容 【身体介護、又は 身体介護と併せて利用する生活援助】		サービス利用料金 （月額定額）	利用者負担額 （1割の場合）
介護型ヘルプ サービス費Ⅰ	1週間に <u>1回程度</u> 訪問	12,583円	1,258円
介護型ヘルプ サービス費Ⅱ	1週間に <u>2回程度</u> 訪問	25,134円	2,513円
介護型ヘルプ サービス費Ⅲ	1週間に <u>3回程度以上</u> 訪問 （要支援2又は事業対象者の 利用者様が対象）	39,878円	3,987円

介護型ヘルプサービス費Ⅳ	複数種類利用の場合 介護型、生活支援型を併せて利用の場合（1回につき） 要支援1、要支援2、事業対象者の利用者様対象	3, 0 7 0 円	3 0 7 円
--------------	--	------------	---------

・加算項目

※ 初回加算 2 1 4 0 円（自己負担額 2 1 4 円）

※ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）

利用単位数の 2 4 . 5 % × 1 0 . 7 で算出された金額の 1 割（一定以上の所得のある方は 2 割または 3 割）をご負担していただく事となります。

※ 生活機能向上連携加算（Ⅰ） 1 0 7 0 円/月（自己負担額 1 0 7 円）

※ 生活機能向上連携加算（Ⅱ） 2 1 4 0 円/月（自己負担額 2 1 4 円）

※ 介護型ヘルプサービス口腔連携強化加算 5 3 5 円/月（自己負担額 5 3 円）

<注意事項>

- ・ 訪問介護の料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者様の訪問介護サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。
- ・ 介護保険サービスにおいて、法律等により定められた利用限度額を超えたサービス利用に係る利用料金は、当事業者が別に設定したものとなり、全額が利用者様の自己負担となります。御相談のうえ、御利用ください。
- ・ 利用者様が保険料を滞納されているなどの理由により、当事業所に対して介護保険サービスに係る給付等が行われない場合、1 箇月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。
- ・ 訪問介護において、利用者様の身体的理由もしくは暴力行為等の事情があり、かつ、利用者様又はその家族等の同意を得て、訪問介護員が 2 人で訪問する場合は、2 人分の料金となります。

(2) 交通費

2 の(3)の通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

通常の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は交通費の実費が必要となります。

なお、自動車を使用した場合は次の交通費をいただきます。

通常の実施地域以外でサービスを提供した場合は一律一回 3 0 0 円

(3) その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者様の負担となります。

(4) キャンセル料（介護型ヘルプサービスは月額定額報酬のため、キャンセル料は発生

しません。)

利用者様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。
ただし、利用者様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の前日 18 時までに連絡があった場合	無 料
利用日の前日 18 時以降に連絡があった場合	1,000 円

(5) 利用料等のお支払方法

サービス利用に係る料金・費用は1ヶ月毎に計算し、請求致しますので、翌月15日までに以下のいずれかの方法にてお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
銀行振り込み	次の口座にお振込みください。 <振込先口座> 京都銀行 紫野支店 普通預金口座（口座番号3283978） 口座名義 合同会社 ハンドトゥハンド 代表社員 前田三枝子
現金払い	当事業所の窓口にて、お支払いください。

※なお、入金確認（お支払い）後、領収証を発行します。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

(指定介護型ヘルプサービス)

合同会社ハンドトゥハンドが開設するケアステーション結（以下「事業所」という）は、要介護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、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行うものとする。

(2) 運営方針

事業所は、指定介護型ヘルプサービスの事業（以下「事業」という）の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に要介護者（要支援者）の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。又、地域の結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター及びその他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との綿密な連を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(3) その他

事項	内容
訪問介護・介護型ヘルプサービス計画の作成	担当のサービス提供責任者（訪問事業責任者／運営・マッチング担当者）が、利用者様の直面している課題等及び利用者様の希望を踏まえて、訪問介護・介護型ヘルプサ

	ービス計画を作成します。 又、5年間これを保存し、利用者様又はその連帯保証人の請求に応じ、これを開示するものとします。
従業員研修	年8回、訪問介護員のスキル向上に向けての研修を行っています。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所相談窓口	窓口責任者 前田 祐一 御利用時間 8:30～17:30 御利用方法 電話(075-585-5721) 面接(当事業所相談室) 苦情箱(事業所に設置)
当法人相談窓口	窓口責任者 前田 三枝子 御利用時間 8:30～17:30 ご利用方法 電話(075-493-2207)
京都市健康長寿推進課 北区高齢介護保険担当 上京区高齢介護保険担当 左京区高齢介護保険担当 中京区高齢介護保険担当 下京区高齢介護保険担当 西京区高齢介護保険担当 西京区洛西支所高齢介護保険担当 右京区高齢介護保険担当 南区高齢介護保険担当 伏見区高齢介護保険担当 伏見区深草支所高齢介護保険担当 伏見区醍醐支所高齢介護保険担当	受付時間:月曜日～金曜日8:30～17:00 電話番号:075-432-1364 075-441-5106 075-702-1069 075-812-2566 075-371-7228 075-381-7638 075-332-9274 075-861-1416 075-681-3296 075-611-2278 075-642-3603 075-571-6471
京都府国民健康保険団体連合会	受付時間:月曜日～金曜日9:00～17:00 電話番号:075-354-9090

7 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

(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 前田 祐一
-------------	-----------

(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) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施します。

(5) 虐待防止のための対策を検討する委員会(虐待防止委員会)の設置、定期的な開催及び委員会での検討結果について職員へ周知徹底する。

8 衛生管理について

- 1 事業所は、職員の清潔の保持及び健康管理について、必要な管理を行うものとする。
- 2 事業所は、事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めるものとする。
- 3 事業所は、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、次の各号に掲げる措置を講ずるものとする。
 - (1) 事業所における感染症の予防及びまん延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、職員へ周知
 - (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
 - (3) 事業所において、職員対し、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する。

9 緊急時及び事故発生時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（御家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をするとともに必要な措置を講じます。

また、サービス提供中に事故が発生した場合には、必要な措置を講じるとともに上記に加え、京都市、市町村、当該利用者様の御家族及び当該利用者様に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

賠償すべき事故が発生した場合は、できる限り速やかに損害賠償を行います。

病院名、担当医			
所在地			
電話番号			
緊急時連絡先（ご家族等）	氏名（続柄）	()	
	住 所		
	電話番号		

10 秘密の保持と個人情報の保護取扱い

- (1) 利用者様、その御家族に関する秘密の保持について、当事業所はサービスを提供するうえで知り得た、利用者様及びその御家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。

この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。

- (2) 当事業所は、利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切に取り扱うものとし、利用者様から

予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議、地域包括支援センターや指定居宅介護支援事業者との連絡調整等において、利用者様の個人情報を用いません。また、利用者様の御家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議、地域包括支援センターや指定居宅介護支援事業者との連絡調整等において利用者様の御家族の個人情報を用いません。

- (3) 当事業所は、利用者様とその御家族に関する個人情報が含まれる記録物については、注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止します。

1 1 利用者様へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

1 2 第三者評価の実施状況について

実施の有無	なし
-------	----

当事業者はサービスの利用に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付のうえ、訪問介護及び介護型ヘルプサービスのサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

説明年月日：令和 年 月 日

事業者	住 所	京都市北区紫野下御輿町 28 番地 1 創彩ビル 4 階	
	事業者名	合同会社ハンドトゥハンド	
	代表者名	前田三枝子	印

説明者	職 名		
	氏 名		印

私は、重要事項説明書に基づいて重要事項の説明を受け、その内容に同意のうえ、本書面を受領しました。

利用者本人	住 所		
	氏 名		印

(署名・法定) 代理人	住 所		
	氏 名		印