

訪問介護・訪問介護相当サービス・生活支援型訪問サービス

重要事項説明書

<2024年6月1日現在>

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人くらしのハーモニー
代表者名	理事長 丸山 貴司
所在地・連絡先	(所在地) 〒611-0002 宇治市木幡金草原43番地 (電話) 0774-33-8270 (FAX) 0774-33-8284

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	訪問介護くらしのハーモニー
所在地・連絡先	(所在地) 〒611-0002 宇治市木幡金草原14-4 (電話) 0774-33-8585 (FAX) 0774-31-3536
事業所番号	2671200919
管理者の氏名	大石 清子

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分				主な職務 の内容等
		常勤(人)		非常勤(人)		
		専従	非専従	専従	非専従	
管理者	1		1			業務管理、指揮命令
サービス提供責任者 (訪問事業責任者)	5		4		1	計画作成、連絡調整
訪問介護員	14		5	8	1	訪問援助、記録作成

※訪問介護員は当事業所が運営する全ての訪問介護事業（訪問介護、訪問介護相当サービス、生活支援型訪問サービス）を担うものとする。

(3) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	東宇治地域…宇治市[六地蔵、木幡、平尾台、五ヶ庄、羽戸山、菟道、明星町] 京都市伏見区の一部[日野、石田]（介護予防・日常生活支援総合事業はエリア対象外）
------------	--

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日・営業時間等

営業日・営業時間	月曜～土曜 9:00～18:00
営業しない日	年末年始(12/31～1/3)

サービス提供日	365 日
サービス提供時間	8:30～18:00

3 サービスの内容

身体介護	① 起床介助 ②就寝介助 ③排泄介助・処理 ④衣服の着脱介助 ⑤整容介助 ⑥身体の清拭・洗髪 ⑦入浴介助 ⑧食事介助 ⑨体位変換 ⑩服薬介助 ⑪おむつ交換 ⑫移動介助 ⑬通院等の外出同行・介助 ⑭自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助 ⑮バイタル測定補助 ⑯爪切り ⑰その他、必要な身体介助
生活支援	① 調理 ②洗濯 ③住居の掃除・整理整頓 ④買物 ⑤薬の受取 ⑥衣服の入替 ⑦布団干し ⑧その他、生活に必要な支援
生活支援型訪問サービス	自立生活のために必要な見守りのほか、調理、洗濯や掃除等の家事など、自力では困難な家事について必要な支援
自主サービス	介護保険給付適用外の援助

■「訪問介護計画」または「訪問介護相当サービス計画」または「生活支援型訪問サービス計画」（以下、「個別サービス計画」といいます）の作成及び評価等、担当のサービス提供責任者が、「居宅サービス計画」「介護予防サービス・支援計画」（以下、「ケアプラン」といいます）に基づき、利用者様の直面している課題等を把握し、利用者様の希望を踏まえて「個別サービス計画書」を作成します。

また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載して利用者様に説明のうえ交付します。

■ サービス提供に当たって、訪問介護員等は次のことをお受けすることはできませんので、あらかじめご了承ください。

- ① 医療行為及び医療補助行為
- ② 利用者の家族に対するサービス提供
- ③ 利用者及びその家族からの金銭又は物品の授受

4 費用

介護保険の適用がある場合は、原則として介護保険負担割合証に記載された「利用者負担の割合」に応じた料金をご負担頂きます。

なお、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者様は1か月につき料金表の10割をご負担ください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。また、還付に必要なサービス提供証明書を発行します。

【料金表】

■訪問介護（地域区分：6級地 1単位：10.42円）

（基本サービス）

[2024年6月1日改正]

サービス内容	サービス単位	利用者負担額		
		1割	2割	3割
20分未満	163単位	170円/回	340円/回	510円/回
20分以上 30分未満	244単位	255円/回	509円/回	763円/回
30分以上 1時間未満	387単位	404円/回	807円/回	1,210円/回
1時間以上	567単位	591円/回	1,182円/回	1,773円/回
以降、身体介護の所要時間1時間から計算して30分を増すごとに567単位に82単位（利用者負担額1割：86円、2割：171円、3割：257円）が加算されます				

援生活	20分以上 45分未満	179単位	187円/回	373円/回	560円/回
	45分以上	220単位	230円/回	459円/回	688円/回
身体＋生活	身体介護中心の訪問介護を行った後に引き続き20分以上の生活援助中心の訪問介護を行ったときは、「身体介護」の料金に加えて、生活援助の所要時間が25分を増すごとに65単位（利用者負担額 1割：68円、2割：136円、3割：204円）が加算されます。 （195単位を限度とする）				

※ 上記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、利用者様の個別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。

※ 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、利用者様又はそのご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。

(加算・減算項目)

加算項目	サービス単位	利用者負担額			内容
		1割	2割	3割	
① 特定事業所加算Ⅱ	基本サービス単位×10%	左の単位数× 0.1×10.42	左の単位数× 0.2×10.42	左の単位数× 0.3×10.42	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護員等ならびにサービス提供責任者ごとの研修の実施や会議、確実な文書報告等に取組む場合および以下の何れか ・訪問介護員の介護福祉士の割合が30%以上または介護福祉士および実務書研修等を修了している職員の割合が50%以上 または <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供責任者の実務経験3年以上の介護福祉士または実務経験5年以上の実務者研修修了者
② 初回加算	200単位/月	209円/月	417円/月	626円/月	初回の訪問介護を行った月に算定
③ 緊急時訪問介護加算	100単位/回	105円/回	209円/回	313円/回	計画されていない緊急の訪問介護
④ 夜間加算	基本サービス単位×0.25	左の単位数× 0.1×10.42	左の単位数× 0.2×10.42	左の単位数× 0.3×10.42	午後6時から午後10時にサービスを行った場合、基本サービス料金の25%加算
⑤ 早朝加算					午前6時から午前8時にサービスを行った場合、基本サービス料金の25%加算
⑥ 深夜加算					基本サービス単位×0.5
⑦ 生活機能向上連携加算(I)	100単位/月	105円/月	209円/月	313円/月	訪問リハビリ、通所リハビリ又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が自サービス事業所において利用時の利用者の状態を把握した上で、または動画等で現状を確認した上でサービス提供責任者等に助言を行い、訪問介護計画を作成や変更を行う場合

加算項目	サービス単位	利用者負担額			内容
		1割	2割	3割	
⑧ 生活機能向上連携加算(Ⅱ)	200単位/月	209円/月	417円/月	626円/月	加算Ⅰ同様の事業所や機関に所属の理学療法士等が、利用者宅を訪問した上で加算Ⅰ同様に助言等を行い、サービス提供責任者等は計画書の作成や変更を行う場合に算定
⑨ 訪問介護同一建物減算	※1 減算所定単位数×▲10%	左の単位数× 0.1×10.42	左の単位数× 0.2×10.42	左の単位数× 0.3×10.42	事業所と同一建物（ハーモニー東風館）の利用者にサービスを行う場合に減算
⑩ 高齢者虐待防止措置未実施減算	※1 減算所定単位数×▲1%	左の単位数× 0.1×10.42	左の単位数× 0.2×10.42	左の単位数× 0.3×10.42	虐待の発生またはその再発を防止するための措置が講じられていない場合に減算
⑪ 業務継続計画未策定減算	※1 減算所定単位数×▲1%	左の単位数× 0.1×10.42	左の単位数× 0.2×10.42	左の単位数× 0.3×10.42	業務継続計画（BCP）が未策定の場合、かつ、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合に減算
⑫ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ	※2 所定単位数×24.5%	左の単位数× 0.1×10.42	左の単位数× 0.2×10.42	左の単位数× 0.3×10.42	介護職員等の賃金改善等に取り組む場合に算定

※1) 減算所定単位数＝「基本サービス」の合計単位数＋「加算・減算項目」①の合計

※2) 所定単位数＝「基本サービス」の合計単位数＋「加算・減算項目」①～⑫の合計

■訪問介護相当サービス（地域区分：6級地 1単位：10.42円）

（基本サービス）

サービス内容	サービス単位	利用者負担額（月額）		
		1割	2割	3割
訪問介護相当サービス(Ⅰ) (1週間に1回程度訪問)	1,176単位	1,226円	2,451円	3,676円
訪問介護相当サービス(Ⅱ) (1週間に2回程度訪問)	2,349単位	2,448円	4,896円	7,343円
訪問介護相当サービス(Ⅲ) (1週間に(Ⅱ)に掲げる回数を超える訪問)	3,727単位	3,884円	7,767円	11,651円

（加算・減算項目）

加算項目	サービス単位	利用者負担額（月額）			内容
		1割	2割	3割	
① 初回加算	200単位	209円	417円	626円	初回の訪問介護相当サービスを行った月に算定
② 生活機能向上連携加算(Ⅰ)	100単位	105円	209円	313円	予防訪問リハビリ又は予防通所リハビリの助言を受けて訪問介護相当サービス計画を作成した場合に算定
③ 同一建物減算	基本サービス 単位数×▲10%	左の単位数× 0.1×10.42	左の単位数× 0.2×10.42	左の単位数× 0.3×10.42	事業所と同一建物（ハーモニー東風館）の利用者にサービスを行う場合に減算

④ 高齢者虐待防止措置未実施減算	基本サービス 単位数×▲1%	左の単位数× 0.1×10.42	左の単位数× 0.2×10.42	左の単位数× 0.3×10.42	虐待の発生またはその再発を防止するための措置が講じられていない場合に減算
⑤ 業務継続計画未策定減算	基本サービス 単位数×▲1%	左の単位数× 0.1×10.42	左の単位数× 0.2×10.42	左の単位数× 0.3×10.42	業務継続計画（BCP）が未策定の場合、かつ、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じられていない場合に減算 ※令和7年3月31日までの間減算を適用しない
⑥ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ	※1 所定単位数 ×24.5%	左の単位数 0.1×10.42	左の単位数× 0.2×10.42	左の単位数× 0.3×10.42	介護職員等の賃金改善等に取り組む場合に算定

※1) 所定単位数＝「基本サービス」該当単位数＋「加算・減算項目」①～⑤の合計

■生活支援型訪問サービス（1単位：10円）

（基本サービス）

サービス内容	サービス単位	利用者負担額		
		1割	2割	3割
生活支援型訪問サービス （1週間に2回まで）	232単位/回	232円/回	464円/回	696円/回

（加算・減算項目）

加算項目	サービス単位	利用者負担額			内容
		1割	2割	3割	
初回加算	200単位	200円/月	400円/月	600円/月	初回の生活支援型訪問サービスを行った月に算定
同一建物減算	基本サービス単位数×▲10%	▲23円/回	▲46円/回	▲69円/回	事業所と同一建物（ハーモニー東風館）の利用者にサービスを行う場合に減算
高齢者虐待防止措置未実施減算	基本サービス単位数×▲1%	左の単位数× 0.1×10.42	左の単位数× 0.2×10.42	左の単位数× 0.3×10.42	虐待の発生またはその再発を防止するための措置が講じられていない場合に減算
業務継続計画未策定減算	基本サービス単位数×▲1%	左の単位数× 0.1×10.42	左の単位数× 0.2×10.42	左の単位数× 0.3×10.42	業務継続計画（BCP）が未策定の場合、かつ、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じられていない場合に減算
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	57単位/回	57円/回	114円/回	171円/回	介護職員等の賃金改善等に取り組む場合に算定

各サービス共通

- 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は事業者が別に設定し、全額が利用者様の自己負担となりますのでご相談ください。

■ 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。

■ キャンセル料（訪問介護相当サービスを除く）

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。

利用日の前日午後5時30分までに連絡があった場合	無 料
利用日の前日午後5時30分までに連絡がなかった場合	500円

■ 交通費

通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ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、自動車等を使用した場合は、次の交通費をいただきます。

(1) 通常の事業の実施地域を越えてから、片道1キロメートル未満	50 円
(2) 通常の事業の実施地域を越えてから、片道1キロメートルを超える毎に50円を加算した額	

■ 利用料等のお支払方法

毎月、10日以降に前月分の請求書を発行しますので、その月の20日までにお支払い下さい。お支払い方法はゆうちょ銀行口座から引き落としさせていただきます。入金確認後、領収証を発行します。

ゆうちょ銀行からの引き落としについては、その月の20日にできなかった場合は、27日が再引き落とし日となります。（お支払いについては、個別での対応もご相談に応じます）

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

介護保険法の理念に基づき、利用者様が尊厳を保持し、その有する能力に応じ、可能な限りその居宅において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渡る支援を行うことを目的とします。

(2) 運営方針

- ① 本事業所において提供する訪問介護は、介護保険法およびその他関係法令並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨および内容に沿ったものとします。
- ② 利用者様の人格を尊重し、常に利用者様の立場に立ったサービスの提供に努めると共に、利用者様およびそのご家族のニーズを的確に理解して個別サービス計画を作成することにより、利用者様がその人らしく日常生活を営むことができるよう適切なサービスを提供します。
- ③ 利用者様またはそのご家族に対し、サービスの内容および提供方法についてわかりやすく説明します。
- ④ 適切な介護技術をもってサービスを提供します。
- ⑤ 常に提供したサービスの質の管理、評価を行います。ケアプランが作成されている場合は、当該計画に沿った訪問介護を提供します。

(3) その他

従業員に必要な「人権の尊重」「介護技術」「医療技術」等の研修を年6回以上行っています。

6 衛生管理等

管理者は、従業者の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めます。

7 緊急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（ご家族等）、ケアプランを作成した地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者等へ連絡をするなどの必要な措置を講じます。

8 事故発生時等における対応方法

サービス提供中に事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、速やかに利用者様の緊急時連絡先（ご家族等）、ケアプランを作成した地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者ならびに市町村及び京都府に連絡を行います。

9 身体拘束の禁止

原則として利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

10 虐待防止に関する事項

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者ならびに担当者を選定しています。

虐待防止に関する責任者ならびに担当者	役 職：東風館マネジャー 氏 名：大石清子
--------------------	--------------------------

- 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ります。
- ③ 事業所における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研修を実施しています。
- ⑤ 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備をしています。
- ⑥ 事業所は、サービス提供中に、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ご利用者を発見した場合は、速やかに宇治市に通報します。

11 個人情報の保護及び秘密の保持について

- (1) 事業所は、利用者様及びそのご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」を遵守し適切な取扱いに努めます。
- (2) 事業所が得た利用者様及びそのご家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、サービス担当者会議等において、利用者様の個人情報を用いる場合は利用者様の同意を、利用者様のご家族の個人情報を用いる場合は当該ご家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。

12 ハラスメントの防止対策

- (1) 事業所は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

(2) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

- ① 身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為
- ② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
- ③ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為

上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族などが対象となります。

(3) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同事案が発生しない為の再発防止策を検討します。

(4) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

(5) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

1 3 利用者等の意見を把握する体制、第三者評価等による評価の実施状況等

アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組	有
京都福祉サービス第三者評価の実施	なし
その他機関による第三者評価の実施	なし

1 4 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 大石 清子 電話 0774-33-8585 FAX 0774-31-3536 ※苦情箱を、事務所受付に設置
宇治市役所 健康長寿部 介護保険課	〒611-8501 宇治市宇治琵琶33 電話 0774-22-3141 受付時間 午前8時30分～午後5時 (土・日・祝日・年末年始12/29～1/3除く)
伏見区役所 健康長寿推進課 高齢介護保険担当	〒612-8511 京都市伏見区鷹匠町39-2 電話 075-611-1101(代表) 075-611-2278(直通)
伏見区役所深草支所 健康長寿推進課 高齢介護保険担当	〒612-0861 京都市伏見区深草向畑町93-1 電話 075-642-3101(代表) 075-642-3603(直通)
伏見区役所醍醐支所 健康長寿推進課 高齢介護保険担当	〒612-1366 京都市伏見区醍醐大溝町28 電話 075-571-0003(代表) 075-571-6471(直通)
京都府国民健康保険団体連合会	〒600-8401 京都市下京区烏丸通四条下ル水銀屋620 番地COCON烏丸内 電話 075-354-9090 受付時間 午前9時～午後12時 午後1時～午後5時 (土・日・祝日は除く)
京都府福祉サービス運営適正化委員会	〒604-0874 京都市中京区竹屋町通烏丸東入る 京都府立総合社会福祉会館5階 電話 075-252-2152

15 業務継続に向けた取り組み

事業所は感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（「業務継続計画」以下、「BCP」という）を策定し、当該BCPに従って次の措置を講じます。

- ① 従業者に対し、BCPについて周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- ② 定期的にBCPの見直しを行い、必要に応じてBCPの変更を行います。

16 感染症の予防およびまん延防止のための対策

事業所は感染症の予防及びまん延防止のため次の措置を講じます。

- 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回以上開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- 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に行います。

17 サービス利用に当たっての留意事項

- サービス利用の際には、介護保険被保険者証および介護保険負担割合証を提示してください。また、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護状態区分、認定の有効期間等）及び被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。

■ 担当のサービス提供責任者（訪問事業責任者）

あなたを担当するサービス提供責任者（訪問事業責任者）は、_____です。
但し、やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡を致します。

■ 緊急時等連絡先

緊急時 連絡先 (家族等)	氏 名	(続柄)
	住 所	〒 -
	電話番号 (携帯電話)	(自宅・勤め先) () - (携帯) - -
主治医	病院(診療所)	
	所在地	〒 -
	氏 名	
	電話番号	() -

当事業者はサービスの利用に当たり、利用者様に対して重要事項説明書を交付の上、訪問介護及び訪問介護相当サービス並びに生活支援型訪問サービス内容及び重要事項の説明を行いました。

説明・交付年月日： 年 月 日

事業者	事業所名	訪問介護くらしのハーモニー
	事業所所在地	〒611-0002 宇治市木幡金草原 14-4
	事業所番号	2671200919
	事業者(法人)名	社会福祉法人くらしのハーモニー
	代表者名	理事長 丸山 貴司

説明者	職 名
	氏 名

私は、重要事項説明書に基づいてサービス内容等に係る重要事項の説明を受け、その内容に同意の上、本書面を受領しました。

同意年月日： 年 月 日

利用者本人	住 所
	(居 所)
	氏 名

(署名・法定)代理人	住 所	
	氏 名	(続柄)