

訪問介護・介護予防・日常生活支援総合事業第一号訪問事業重要事項説明書

令和7年4月1日現在

1. 当施設のサービスについての相談窓口

担 当 部 署	虹ヶ丘ホームヘルパーステーション
担 当 者	平野 かおり
連 絡 先	0772-43-2389（午前8：30～午後5：30）

2. 事業所の概要

事 業 所 名	虹ヶ丘ホームヘルパーステーション
所 在 地	京都府与謝郡与謝野町字岩屋小字庄内600番地3
連 絡 先	T E L 0772-43-2389 F A X 0772-44-2060
施 設 長 氏 名	深田 晃章
管 理 者 氏 名	白江 正利
介護保険指定番号	京都府指定第72000029号
営 業 日	毎日
営 業 時 間	午前6：00～午後10：00
緊 急 時 の 連 絡 先	T E L 0772-43-2011 （当方より担当者に連絡いたします）
サ ー ビ ス 実 施 地 域	与謝郡与謝野町

3. 運営方針

虹ヶ丘は「ホームのようなまち、まちのようなホーム」を目標としています。
ホームヘルパーステーション部門では、居宅サービス計画をもとに、利用者がその人らしい日常生活を営めるように、また生活の質が向上するようにサービスを提供したいと考えています。

4. 職員体制

	常勤	非常勤	合 計	資 格
管 理 者	1名(兼務)		1名(兼務)	第一種衛生管理者・防火管理者
サービス提供責任者	1名		1名	介護福祉士・介護支援専門員
訪 問 介 護 員		2名	2名	ヘルパー2級・介護福祉士
上記の他、併設事業所の介護職員が兼務します。				

5. 利用料金

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割が利用者様の負担額（一定以上の所得がある65歳以上の利用者様は2割もしくは3割）となります。

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。

※後掲する利用料金表の通り

※お支払方法は、口座振替を原則とさせていただきます（手数料無料）。所定の口座振替依頼書に記入の上、金融機関にて手続きをお願いします。口座振替をご希望されない方につきましては、銀行振込により指定の口座にお支払いください。毎月10日頃に前月分の請求書をお渡ししますので、受領後10日以内にお願いいたします。

※領収書の再発行はできませんので、大切に保管してください。

6. サービス内容

身体介護	ご家庭に訪問し、入浴や排泄、食事などの介助をします。
生活援助	ご家庭に訪問し、調理、洗濯、掃除などの生活の援助を行います。
ホームヘルパーについて	サービス提供にあたっては、複数のホームヘルパーが交代してサービスを提供します。利用者から特定のホームヘルパーを指名することはできませんが、ホームヘルパーについてお気づきの点やご要望がありましたら、ご遠慮なく相談ください。
サービス提供について	サービスは、居宅介護計画にもとづいて行います。実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。ただし、実際の提供にあたっては、利用者の訪問時の状況・事情・意向等について十分に配慮します。 サービス実施のための必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。（ホームヘルパーが事業所に連絡する場合の電話を使用させていただく場合があります。）
ホームヘルパーの禁止行為	サービス提供にあたって、次に該当する行為は行いません。 ① 医療行為 ② 利用者もしくはご家族等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり ③ 利用者もしくはその家族等からの金銭又は物品、飲食の授受 ④ 利用者の家族等に対するサービス提供 ・ 利用者以外のものに係る洗濯・調理・買物・布団干し ・ 利用者が使用する居室等以外の掃除 ・ 来客の応接（お茶・食事の手配等） ⑤ 「日常生活」に該当しない行為 ・ 草むしり、花木の水やり、犬の散歩等ペットの世話 ⑥ 「日常的に行われる家事」の範囲を超える行為 ・ 家具・電気器具等の援助、修繕、模様替え ・ 大掃除、窓ガラス拭き、床のワックスかけ ・ 室内外、家屋の修理 ・ 植木の剪定等の園芸 ・ 正月・節句等のために特別な手間をかけて行う調理

7. 緊急時の対応

サービス提供中に体調の変化などがあった場合は、予めお知らせいただいた緊急連絡先に連絡し、処置をご相談いたしますが、万一、連絡がとれない場合には訪問介護員の判断により救急車を呼ぶ等の処置をとらせていただく場合があります。

また、本人又は介護者の体調不良等、緊急かつ相当の理由があると判断される場合に、担当の介護支援専門員と相談の上で、サービスの提供が柔軟に行えるよう努めます。

緊急時の連絡先 43-2389 (ホームヘルパーステーション直通)

緊急時の対応可能時間帯 8:30～17:30

8. 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、速やかに利用者家族、及び市町村、居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとする、また、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。

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。

9. 感染症予防・災害対策

感染症予防、災害対策の取り組みとして、委員会の開催、勉強会の実施等行っています。発生時は別途定めるマニュアルに従い対応します。

10. 虐待防止に関する事項

- (1) 利用者の人権の擁護、虐待等の防止のため、委員会の開催、指針の整備、研修の実施等を行います。
- (2) サービス提供中に当該施設職員又は養護者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、速やかに与謝野町並びに京都府に通報いたします。
- (3) 虐待防止責任者は理事長とし、担当者は施設長とします。

11. 身体拘束適正化の推進

利用者又は他の資料者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き身体的拘束を行いません。

12. サービスにあたっての留意事項

- 当事業所を実習中の実習生が訪問させていただく場合があります。ご理解とご協力をいただきますようよろしくお願い致します。
- 職員に対する金品等の心付けはお断りしています。
- 暴力・暴言・ハラスメントは固くお断りします。職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにご協力をお願いします。

13. サービス内容に関する苦情

当事業所が提供したサービス、また居宅サービス計画に基づいて提供されたサービスについて、苦情や相談があった場合には、速やかに対応を行います。

(1) 当事業所の苦情相談窓口

担 当 部 署	虹ヶ丘ホームヘルプステーション
担 当 者	平野 かおり
連 絡 先	0 7 7 2 - 4 3 - 2 3 8 9 (午前 8 : 3 0 ~ 午後 5 : 3 0)

(2) 併設の居宅介護支援事業所

担 当 部 署	支援センターかなで
担 当 者	下戸和美・安見寿美子・牛田千晴・永島美里・中村さゆり
連 絡 先	0 7 7 2 - 4 3 - 2 0 1 2 (午前 8 : 3 0 ~ 午後 5 : 3 0)

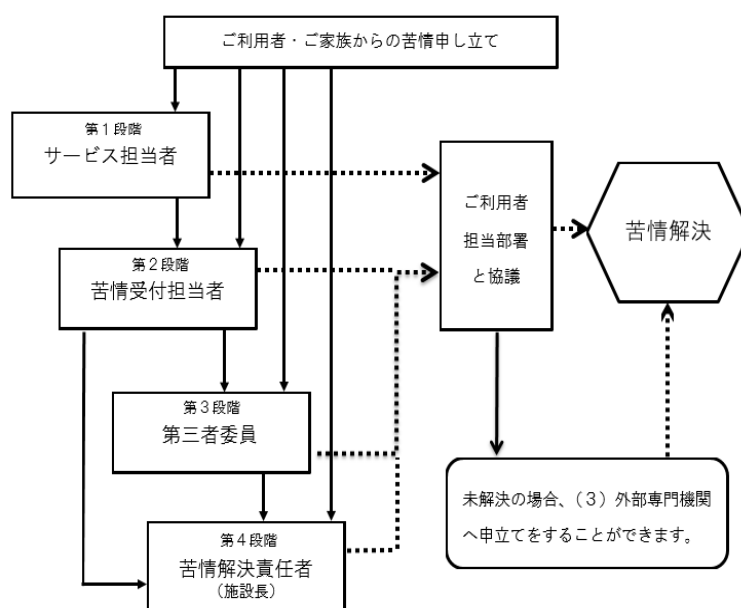
(3) 苦情解決のための第三者委員

氏名	宮崎 祐二	松尾 友子
連絡先	4 2 - 4 0 8 8	4 2 - 3 0 0 0

(4) 介護保険や介護サービスについては、下記の相談窓口もあります。

介護保険全般 苦情について	与謝野町役場 福祉課 TEL 0 7 7 2 - 4 3 - 9 0 2 1 (各市町村の介護保険担当部署でも受け付けます)
介護サービスへの 苦情について	京都府高齢者支援課 TEL 0 7 5 - 4 1 4 - 4 5 6 7 京都府丹後保健所企画調整課 TEL 0 7 7 2 - 6 2 - 0 3 6 1 京都府国民健康保険団体連合会 TEL 0 7 5 - 3 5 4 - 9 0 1 1 京都府社会福祉協議会福祉サービス運営適正化委員会 TEL 0 7 5 - 2 5 2 - 2 1 5 2

(5) 苦情解決までの流れ



14. 第三者評価の実施状況

当事業所が提供するサービスは第三者評価を実施しています。

実 施 の 有 無	あり
実 施 年 月 日	令和5年1月23日
評 価 機 関 の 名 称	公益社団法人 京都府介護支援専門員会
評価結果の開示状況	アドバイスレポートを、虹ヶ丘公式サイト上に掲載しています。 http://yofuku.or.jp/nijigaoka/

15. 法人の概要

名 称	社会福祉法人与謝郡福祉会
代 表 者	理事長 四宮 功雄
所 在 地	京都府与謝郡与謝野町字加悦802番地7
電 話 番 号	0772-44-0015
法 人 の 実 施 する 他の事業	介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） 長寿苑(伊根町)・虹ヶ丘(与謝野町)・岩滝あじさい苑(与謝野町) やすら苑（与謝野町） 軽費老人ホームケアハウス 福寿荘(伊根町)・虹ヶ丘(与謝野町)・岩滝あじさい苑(与謝野町) 短期入所介護事業所（ショートステイ） 長寿苑(伊根町)・虹ヶ丘(与謝野町)・岩滝あじさい苑(与謝野町) 通所介護事業所（デイサービス） 伊根デイサービスセンター・デイサービスセンター岩滝あじさい苑 虹ヶ丘デイサービスセンター 認知症対応型通所介護事業所 岩滝あじさい苑ひより 居宅介護支援事業所 伊根在宅介護支援センター 支援センターかなで 小規模多機能型居宅介護事業所 ふれあいホーム神宮寺・おきなぎの家

利用料金表

令和 6 年 6 月 1 日現在

< 訪問介護の基本料金表（特定事業所加算（Ⅰ）を含む）>

身体介護	20 分未満	20 分以上 30 分未満	30 分以上 60 分未満	60 分以上 90 分未満	90 分以上 (30 分増すごとに)
	1 9 6 円	2 9 3 円	4 6 4 円	6 8 0 円	9 8 円を追加
生活援助	20 分以上 45 分未満	45 分以上	身体介護に引き続き生活援助を行った場合 20 分以上 25 分を増すごとに		
	2 1 5 円	2 6 4 円	7 9 円（2 3 4 円を限度）		

※特定事業所加算（Ⅰ） 介護福祉士等の人材を確保し質の高いサービスを提供するための体制を構築し、重度の利用者を受け入れている事業所として、基本単位数に 2 0 % を加算した料金を請求させていただきます。

加 算	単 価	算定要件
初回加算	2 0 0 円／月	初めてサービスを利用する場合、または過去 2 ヶ月に当事業所の訪問介護の利用がなかった場合
緊急時訪問介護加算	1 0 0 円／回	身体介護を緊急に行った場合
生活機能向上 連携加算(Ⅰ)	1 0 0 円／月	訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等からの助言を受けた上で、生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成した場合
生活機能向上 連携加算(Ⅱ)	2 0 0 円／月	訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等の訪問の際にサービス提供責任者が同行し協働して評価を行い訪問介護計画を作成した場合
同一建物減算	- 1 0 %	事業所と同一敷地内にある建物に居住する利用者へ訪問を行った場合
介護職員 処遇改善加算(Ⅰ)	2 4 . 5 %	介護職員の賃金の改善等を実施している場合

< 介護予防・日常生活支援総合事業第一号訪問事業の基本料金表 >

訪問型サービス（Ⅰ） 〈週 1 回程度の利用が必要な場合〉	事業対象者 要支援 1・要支援 2	1, 1 7 6 円／月
訪問型サービス（Ⅱ） 〈週 2 回程度の利用が必要な場合〉	事業対象者 要支援 1・要支援 2	2, 3 4 9 円／月

訪問型サービス（Ⅲ） 〈（Ⅱ）を超える利用が必要な場合〉	事業対象者 要支援２のみ	3, 7 2 7 円／月
指定相当訪問型サービス 1 月あたりの回数を定める場合	事業対象者 要支援 1 ・要支援 2	2 8 7 円/回※
生活援助が中心である場合 20～45 分未満の場合	事業対象者 要支援 1 ・要支援 2	1 7 9 円/回※
生活援助が中心である場合 45 分以上の場合	事業対象者 要支援 2	2 2 0 円/回※
訪問型短時間サービス費 2 0 分未満の身体介護の訪問	事業対象者 要支援 1 ・要支援 2	1 6 3 円/回※

※につきましては月当り上限単位数は 3 6 4 5 単位となります。

加 算	単 価	対象者
初回加算	2 0 0 円／月	初めてサービス提供する場合
生活機能向上 連携加算	1 0 0 円／月	訪問リハビリテーション事業所の理学療法士 と同行した場合
同一建物減算	- 1 0 %	事業所と同一の建物に居住する利用者の訪問 を行った場合
介護職員 処遇改善加算（Ⅰ）	2 4 . 5 %	介護職員の賃金の改善等を実施している場合

利 用 者 負 担 額	上記サービスの利用に関しては、介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金の 1 割（一定以上の所得がある 6 5 歳以上の利用者様は 2 割もしくは 3 割）です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。 ホームヘルパーが 2 名で訪問する必要がある場合は、利用者の同意を得た上で、2 名分の料金をいただきます。
利 用 変 更 ・ 中 止 に つ い て	利用予定日の前に、利用者の都合により、介護予防訪問介護サービス又は訪問介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、利用予定の 2 4 時間前までに事業所にお申し出てください。 訪問介護サービス利用時、利用日の当日に利用者の都合によりキャンセルされた場合はキャンセル料を算定させていただきます。（ただし、体調不良等やむを得ない理由がある場合にはキャンセル料は発生しません。） キャンセル料：1 0 0 0 円

訪問介護サービス提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

名 称 虹ヶ丘ホームヘルパーステーション

所在地 京都府与謝郡与謝野町字岩屋小字庄内600番地3

施設長 深 田 晃 章 ㊞

管理者 白 江 正 利 ㊞

担当者 ㊞

私は、契約書及び本書面により、事業者から訪問介護サービス利用についての重要事項の説明を受け、了承し、交付を受けました。

年 月 日

利用者

住所 京都府与謝郡与謝野町

氏名 ㊞

代理人・立会人

住所

氏名 ㊞

続柄