

「居宅介護・重度訪問介護」

重 要 事 項 説 明 書

本書は、あなたへの居宅介護等サービスの提供開始にあたり、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」及び「社会福祉法第76条及び吹田市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行条例（令和元年吹田市条例第35号）」に基づき、事業所があなたに説明すべき重要事項を記載しています。

当事業所は障害者総合支援法に基づく指定を受けています。

<吹田市指定 第 2711603676号>

株式会社陽なた

事業所名 訪問介護 ピース大阪

住所 大阪府吹田市岸部北2丁目16-11
マンションコメット214

TEL 050-8894-4628

FAX 050-8894-4627

居宅介護・重度訪問介護

重要事項説明書

1. 事業者の概要についてご説明します。

事業者名称	株式会社陽なた		
本社所在地	大阪府東大阪市俊徳町1-3-7		
電話番号	050-8894-4628	FAX番号	050-8894-4627
ウェブサイト			
代表者	原野 智彰		
事業内容	指定居宅介護・指定重度訪問介護		
事業所名	ピース大阪	指定番号	居宅介護 重度訪問介護 吹田市 2711603676号
所在地	大阪府吹田市岸部北2丁目16-11マンションコメット214		
電話番号	050-8894-4628	FAX番号	050-8894-4627
管理者	原野 智彰		
開所年月日	令和7年9月1日		
事業所が行なっている他の業務	居宅介護 2711603676号 (令和7年9月1日指定) 重度訪問介護 2711603676号 (令和7年9月1日指定) 移動支援 2761605613号 (令和7年9月1日登録)		

2. 当事業所が掲げる事業目的及び運営方針・理念は以下のとおりです。

事業の目的	当事業所が行う居宅介護等の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業を定め、事業所の介護福祉士または介護職員研修の修了者等(以下「居宅介護等従事者」という)が、支援を必要とする障害者に対し、適正な居宅介護等の事業を提供することです。
運営方針・理念	<p>事業所の居宅介護等従事者(以下「ヘルパー」という)は、ご利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活全般にわたる援助を行います。</p> <p>居宅介護等の事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。</p> <p>また、企業理念として、職員がプロ意識と誇りを持ち、笑顔を絶やさず安心して働ける環境を作る事により、介護の質が向上し、ご利用者及び関係機関からの評価が向上します。</p> <p>仕事の依頼が増え、会社が潤い職員と社会に還元できます。</p> <p>この福祉の輪を日本及び全ての地域社会に広げていく事が当社の役目であり、営利法人であるも、「人間に貢献できる企業」という自覚を持ちます。</p> <p>これが当社の企業経営理念です。</p>

3. 事業所の人員体制は以下のとおりです。

(当事業所は厚生労働省が定める人員基準を遵守しています。)

職員の種類		人数	区分		常勤換算後の人数	職務の内容
			常勤	非常勤		
管理者		1名	1名	名	1	事業所の運営管理(サービス提供管理者と兼務)
サービス提供者	介護福祉士	3名以上	3名以上	名以上	3	ヘルパーの指導、居宅介護等計画の作成等(ヘルパーと兼務)
	介護職員実務者研修修了者等	名以上	名以上	名以上		
居宅ヘルパー等従事者	介護福祉士	名以上	名以上	名以上	0	居宅介護等サービスの提供
	介護職員実務者研修修了者	名以上	名以上	名以上		
	介護職員初任者研修修了者	名以上	名以上	名以上		
	看護師	名以上	名以上	名以上		
総数		3名	3名	0名	3	

当事業所では、ご利用者に対して指定居宅介護、指定重度訪問介護を提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

4. 事業所の営業日・受付時間・サービス提供日・サービス提供時間は次のとおりです。

営業日	月曜日～金曜日(但し、土曜・日曜・祝祭日・12月28日から1月3日を除く)
受付時間	午前9時～午後6時
サービス提供日	年中無休
サービス提供時間	年中無休

5. 通常の事業実施地域

吹田市・豊中市・摂津市・茨木市・高槻市全域

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

<「居宅介護等計画」とサービス内容>

当事業所では、下記のサービス内容から居宅介護等計画を定めて、サービスを提供します。「居宅介護等計画」は、市町村が決定した「支給量」とご利用者の意向や心身の状況を踏まえて、具体的なサービス内容やご利用者に対するサービス実施日などを記載しています。「居宅介護等計画」

は、ご利用者やご家族に事前に説明し、同意をいただくとともに、写しをご利用者に交付します。
また、ご利用者の申し出により、いつでも見直すことができます。

<サービス区分及びサービス内容>

居宅介護・重度訪問介護

①居宅介護

ア)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。)

○入浴介助・清拭・洗髪…入浴の介助や清拭(体を拭く)や洗髪などを行います。

○排泄介助…排泄の介助、おむつ交換を行います。

○食事介助…食事の介助を行います。

○衣服の着脱の介助…衣服の着脱の介助を行います。

イ)通院介助…通院の介助を行います。

ウ)その他必要な身体介護を行います。

※医療行為はいたしません。

エ)家事援助(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。)

○調理…ご利用者の食事の用意を行います。

○洗濯…ご利用者の衣類等の洗濯を行います。

○掃除…ご利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。

○買い物…ご利用者の日常生活に必要となる物品の買い物をします。

○その他関係機関への連絡など必要な家事を行います。

※預貯金の引き出しや預け入れは行いません。(預貯金通帳・カードはお預かりできません。)

※ご利用者以外の方の調理や洗濯、ご利用者以外の方の居室や庭等の敷地の掃除は原則として行いません。

②重度訪問介護

○入浴、排せつ、及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、外出時における移動中の介護、生活等に関する相談及び助言をし、その他の生活全般にわたる援助を行います。

③その他

○必要に応じて健康や日常生活上の状況をお伺いし、生活上のご相談や助言を行います。

<サービス利用料金>

サービス利用に係る利用料金は以下の通りです。サービスの利用に対しては、通常 9 割が介助給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費を代理受領する場合には、ご利用者は、ご利用者負担分としてサービス料金の 1 割(定率負担)を事業者にお支払いいただきます。

○居宅介護(サービス 1 回あたりのご利用者負担額)

利用時間	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1.5時間未満	1.5時間以上 2時間未満	2時間以上 2.5時間未満	2.5時間以上 3時間未満	以降30分ごと
身体介護	254円	402円	584円	667円	750円	833円	+83円
通院等介助 (身体介護伴う)	254円	402円	584円	667円	750円	833円	+83円
利用時間	30分未満	30分以上 45分未満	45分以上 1時間未満	1時間以上 1時間15分未満	1時間15分以上 1時間30分未満	以降15分ごと	
家事援助	104円	151円	195円	236円	273円	+35円	
利用時間	30分未満	30分以上1時間未満		1時間以上1時間30分未満		以降30分ごと	
通院等介助 (身体介護伴わない)	104円	195円		273円		+70円	

初回加算 利用者負担 200円(サービス初回にサービス提供責任者が訪問した際)

緊急時対応加算 1回につき利用者負担 100円(月2回まで)(ご利用者またはご家族の要請を受け、サービス提供責任者が必要性を判断し、居宅介護等計画にないサービス提供の要請を受けてから 24 時間以内に行った際)

<介護職員処遇改善加算Ⅱ>

当事業所では、行政の指導に従い優秀なスタッフの取得および養成に資するため職員の処遇改善と、スタッフのさらなる賃金アップに日々努めているところではありますが、これについて行政から承認を受けた場合、介護給付費が 40、2%加算となり、ご利用者負担額も同割合で増額となります。何卒ご理解のほどよろしくお願い申し上げます。

○重度訪問介護(サービス 1 回あたりのご利用者負担額)

利用時間	1時間未満	1時間以上 1.5時間未満	1.5時間以上 2時間未満	2時間以上 2.5時間未満	2.5時間以上 3時間未満	3時間以上 3.5時間未満

重度訪問介護	1 8 5 円	2 7 5 円	3 6 7 円	4 5 8 円	5 5 0 円	6 4 0 円
--------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

※ご利用負担額は一定の条件のもとで算出したものです。

初回加算 2 0 0 円(サービス初回にサービス提供責任者が訪問した際)

緊急時対応加算 1 回につき 1 0 0 円(月 2 回まで)(ご利用者またはご家族の要請を受け、サービス提供責任者が必要性を判断し、居宅介護等計画にないサービス提供の要請を受けてから 2 4 時間以内に行った際)

障害支援区分 6 のご利用者に対する入院中の支援を行った場合、上記の表と同額の負担額となります。

<介護職員処遇改善加算Ⅱ>

当事業所では、行政の指導に従い優秀なスタッフの取得および養成に資するため職員の処遇改善と、スタッフのさらなる賃金アップに日々努めているところではありますが、これについて行政から承認を受けた場合、介護給付費が 3 2. 8 % 加算となり、ご利用者負担額も同割合で増額となります。何卒ご理解のほどよろしくお願い申し上げます。

<割増料率・割引料率>

以下の場合には、利用料金が割増となります。

通常時間外のサービス提供	夜間(午後 6 時～午後 1 0 時)	1 2 5 / 1 0 0
	早朝(午前 6 時～午前 8 時)	1 2 5 / 1 0 0
	深夜(午後 1 0 時～午前 6 時)	1 5 0 / 1 0 0
2 名の訪問介護員によるサービス提供		2 倍の料金

<サービス利用にかかる実質負担額>

サービス提供に要する下記の費用は、介護給付費支給の対象ではありませんので、実費をいただきます。

- ①通常の事業の実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をご負担いただきます。

また、ヘルパーが自動車または自動二輪車・原動機付自転車を利用した場合には、通常の事業の実施地域から 2 0 キロメートル以上離れた場所でサービスの提供を受けた場合は 1 回につき 5 0 0 円を、2 0 キロメートル以上離れた場所でサービスの提供を受けた場合は 1 回につき 1 0 0 0 円を、ご負担いただきます。

- ②外出時の移動中の介護において、そのすべてに係る経費(交通費・入場料・飲食代等)についてはご利用者負担とさせていただきます。ただし食事に関しては 1 回につき 5 0 0 円はヘルパーの負担とさせていただきます。

7. 介護給付の対象とならないサービスの利用について

介護給付の支給限度額を超える居宅介護等サービスの利用については、利用料金の全額がご利用者のご負担となります。サービス利用料金は、介護給付費に準じます。

8. 利用のキャンセル・変更・追加

<キャンセル・変更・追加期限>

利用予定日の前に、利用者の都合により、居宅介護等サービスの利用を中止または変更、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24時間前までに事業所に申し出てください。

<キャンセル料>

キャンセル期限までに申し出がなく、キャンセル期限以降に利用の中止を申し出された場合には、以下の表に基づくキャンセル料をいただきます。

(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。)

利用予定時間の24時間前までのキャンセル	無料
利用予定時間の12時間前までのキャンセル	500円
利用予定時間の12時間前以降のキャンセル	1000円

<サービス利用の変更・追加>

- ①市町村が決定した「支給量」及び当該サービスの利用状況によっては、サービスを追加することもできます。
- ②サービス利用の変更・追加は、ヘルパーの稼働状況によりご利用者が希望する時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時をご利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

9. 利用料金の支払い方法について

サービス利用にかかる料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月25日までに以下のいずれかの方法にてお支払いください。

ア. 下記指定口座への振込み

北おおさか信用金庫 正雀支店 普通2166594 カ) ヒナタ

イ. 金融機関口座からの自動引落とし

ウ. 直接のお支払い

10. サービスの利用に関する留意事項

<ヘルパー(居宅介護等従業者)について>

- ①サービス提供時に、担当のヘルパーを決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数のヘルパーが交替してサービスを提供します。担当のヘルパーや訪問するヘルパーが交替する場合は、あらかじめご利用者に説明するとともに、ご利用者及びそのご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します。
- ②ご利用者から特定のヘルパーを指名することはできませんが、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、ご遠慮なくご相談ください。

<サービス提供について>

- ①サービスは、「居宅介護等計画」に基づいて行います。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、ご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。

<サービス内容の変更>

訪問時に、ご利用者の体調等の理由により居宅介護等計画で予定されていたサービスの実施ができない場合には、ご利用者の同意を得て、サービス内容を変更します。その場合、事業

者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

<受給者証の確認>

「住所」及び「ご利用者負担額」、「支給量」など「受給者証」の記載内容に変更があった場合は速やかにヘルパーにお知らせください。また、担当ヘルパーやサービス提供責任者が「受給者証」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

<サービス実施時の留意事項>

①ヘルパーの禁止行為

ヘルパーは、サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ア. 医療行為
- イ. ご利用者もしくはご家族等の高額な金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
- ウ. ご利用者もしくはそのご家族等からの金銭または物品、飲食の授受（移動支援は除く）
- エ. ご利用者のご家族等に対するサービスの提供
- オ. 飲酒・喫煙及び飲食（移動介護等においてご利用者の同意を得てご利用者と一緒に飲食を行う場合は除きます。）
- カ. 身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為（ご利用者または第三者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- キ. その他ご利用者もしくはそのご家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動及びその他迷惑行為

②備品の使用

サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。（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きます。）

<個人情報の取り扱いについて>

- ①当事業所では、適正な居宅介護等の提供を図るため、ご利用者やご家族の個人情報をお聞きします。
- ②当事業所は、ご利用者及びご家族の個人情報の流出、紛失、誤用を防止するため、個人情報を厳重に管理するほか、職員及び退職者、ならびに関係者に対し、個人情報保護について教育・啓発・周知を徹底します。
- ③当事業所は、ご利用者の緊急時において医療機関等の求めに応じ、ご利用者の生活に関する情報、傷病に関する情報、ならびにご家族様の連絡先等の情報を提供できるものとします。
- ④当事業所は、ご利用者に係る他のサービス事業者等との連携を図るため、ご利用者及びご家族の事前の同意を得た上で、ご利用者またはご家族等の個人情報をサービス担当者会議

に提出または照会できるものとします。

1 1. 苦情相談の受付について

<苦情の受付>

①当事業所に対する苦情のご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口（責任者） 原野 智彰
- 電話番号 050-8894-4628
- 受付時間 月曜から金曜 9:00～18:00

②行政機関その他苦情受付機関

吹田市役所高齢福祉課介護グループ 吹田市泉町1-3-40

TEL 06-6872-0281

大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会 大阪市中央区中寺1-1-54

「福祉サービス苦情解決委員会」 大阪社会福祉指導センター内

TEL 06-6191-3130

1 2. 虐待の防止について

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 原野 智彰

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従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

⑤介護相談員を受入れます。

⑥サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

1 3. サービス実施の記録について

①サービス実施記録の確認

当事業所では、サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、ご利用者様にその内容のご確認をいただきます。内容に、間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。なお、居宅介護等計画及びサービス提供ごとの記録は、サービス提供日より5年間保存します。

②ご利用者の記録や情報の管理、開示について

当事業所では、関係法令に基づいて、ご利用者様の記録や情報を適切に管理し、ご利用者の

求めに応じてその内容を開示します。（開示に際して必要な複写料などの諸費用は、ご利用者の負担になります。）

1 4．損害賠償保険への加入

当事業者は、損害賠償保険に加入しています。

保険社名 株式会社エスアールエム

保険名 まごころワイド

保障の概要 派遣型福祉サービス事業者の賠償責任補償制度

1 5．緊急時及び事故発生時における対応方法

①緊急時等の対応方針

サービス提供中に病状の急変等あった場合は、速やかにご利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）へ連絡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等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、大阪府及び関係市町村等に連絡を行います。

主治医	病院名及び所在地	
	氏 名	
	電 話 番 号	
緊急時連絡先 (家族等)	氏名（続柄）	
	住 所	
	電 話 番 号	

※サービス提供時間外の緊急時等については、ご利用者やご家族等からのご連絡を受けた際、関係各機関との連絡・連携を図りつつ、可能な限り速やかな対応に努めます。

②緊急時等の連絡先及び対応時間

☆平常の時間帯（午前9時から午後6時）：事業所電話番号 050-8894-4628

☆平常の時間帯以外：事業所携帯電話番号 050-8894-4628

1 6．第三者による評価の実施状況（ 有 ・ 無 ）

①実施した年月日 年 月 日

②実施した評価機関の名称

③当該結果の開示状況（ 有 無 ）

令和 年 月 日

居宅介護等サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項及び個人情報の取り扱いの説明を行いました。

管理者名 原野 智彰

説明者職名 サービス提供責任者

氏名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項及び個人情報取り扱いの説明を受け、その内容に同意のうえ、本書面を受領しました。

ご利用者申込者氏名

上記の者は署名が困難なため、私が代って署名を行います。

代理人氏名

(続柄)