

訪問介護

重要事項説明パンフレット

2025 年 1 月 1 日現在

このパンフレットは利用者様が訪問介護（ホームヘルプサービス）の契約にあたって利用者様やご家族の方に知っていただきたい事項を記載したものであり契約書の内容をご理解していただけるような内容となっております。

◎ 当事業所の概要

事業所名	訪問介護事業所 キラッとドリーム
所在地	神戸市東灘区本庄町 3 丁目 3 番 24 号
指定事業所番号	2870101934
開設年月日	2009 年 4 月 1 日
連絡先	TEL (078) 452-6807 FAX (078) 412-4925
緊急時の連絡先	
管理者連絡先 (氏名 矢倉 裕久)	
営業日・営業時間	平日 } 9 時 00 分～18 時 00 分 土曜日 } 祝日 } 年末年始休日を除く (12 月 30 日～1 月 3 日)
通常のサービス提供実施 地域 (交通費無料エリア)	芦屋市(奥池町、奥池南町を除く) 神戸市東灘区
ホームページアドレス	https://www.kiratto-dream.com
E-mail	ub.xperia@gmail.com
事業所が行う <u>他の</u> 事業	・ 障害者総合支援法に基づく居宅介護、重度訪問介護 同行援護、移動支援 ・ 高齢者及び心身上の障害者に対する支援事業 ・ 一般乗用旅客自動車運送事業(福祉運送事業) ・ 居宅介護支援事業 ・ 日常生活支援総合事業

◎ 当事業所の職員体制

2025 年 1 月 1 日現在

管理者 1 人

サービス提供責任者 3 人

訪問介護員

資格	常勤	非常勤	計
介護福祉士 有資格者	5 人	10 人	15 人

○従業者は介護福祉士・資格を修了したものです。

○従業者は常に名刺を携帯していますので必要な場合はいつでも
提示を求めることができます。

◎ こんなサービスが利用できます。

介護保険の訪問介護（ホームヘルプサービス）はサービスの内容により、「身体介護」「生活援助」「通院のための乗車介助または降車介助」の3つに分けられます。

「身体介護」「生活援助」「通院のための乗車介助または降車介助」はそれぞれ次のようなサービスです。

身体介護

私たちホームヘルパーが

- ①利用者様の身体に直接接触して行う介助
- ②介助に必要な準備及び後かたづけ
- ③利用者様が日常生活を営むのに必要な機能の向上等のための介助や専門的な援助です。

（起床介助）



（就寝介助）



（排泄介助）



（衣服の着脱）



身体清拭・整髪（爪きり・耳かき・髪を梳く等）



（入浴介助）



（食事介助）



（体位変換）



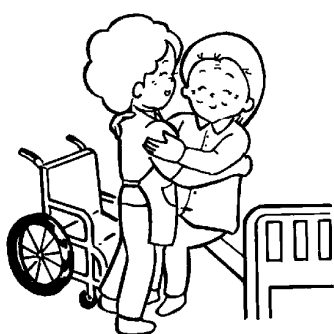
（服薬介助）



（移乗・移動介助）



（通院・外出介助）



生活援助

○掃除・洗濯・調理などの日常生活の援助であり、利用者様が単身のため、または家族が障害・疾病などの為、利用者様や家族が家事を行う事が困難な場合に行われるものをいいます。

(掃除・ごみ出し)



(洗濯)



(調理)



(ベッドメイク)



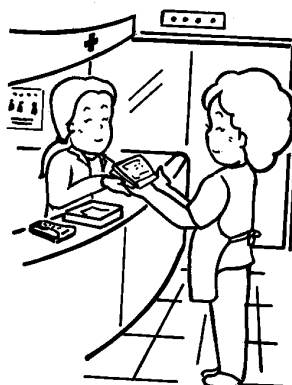
(衣服の整理・被服の補修)



(買い物)



(薬の受け取り代行)



◎ 次のサービスは（原則として）介護保険では提供できません。



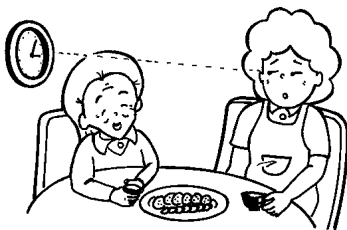
利用者様以外の洗濯・調理
・買い物・布団干し



主として利用者様が使用する
居室等以外の掃除



来客の応接
（お茶、食事の手配など）



話し相手のみ・留守番



自家用車の洗車・清掃



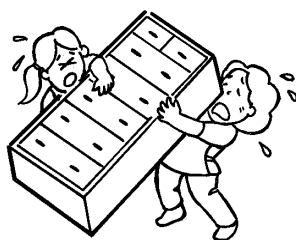
草むしり



花木の水やり



ペットの世話
（犬の散歩など）



家具・電気器具等の移動、
修繕、模様替え



大掃除、窓のガラス磨き、
床のワックスがけ



室内外家屋の修理、
ペンキ塗り



園芸
（植木の剪定など）



特別な手間をかけて行う
料理（おせち料理など）

通院等乗降介助

通院等のためホームヘルパー（訪問介護員）が
運転する車両への乗車介助、降車介助を行うと共に乗車前、降車
後の屋内外における移動介助、通院先等での受診時の介助を行う
事です。

* ご利用いただける方

要介護 1～5 の方 契約成立後、ご利用いただけます。

* ご利用料金

ご利用料金には「ご自宅から目的地までの距離により金額が決まる送迎代」と
「介護保険料」（1 割・2 割・3 割負担分）があります。

* 送迎代

通院等乗降介助につきましては 1.5 km 未満 700 円/1.5 km～3 km 未満 900 円
以降 1 km ごとに 300 円ずつの加算運賃とさせていただきます。

*駐車場代・高速料金代等かかる場合、別途載きます。

* 介護サービス利用者負担額（1 割・2 割・3 割負担）

提供時間 内容	20 分未満		
（片道につき 通院等乗降介助	1 割負担	2 割負担	3 割負担
	129 円	258 円	387 円

（例）1 割負担（乗降介助）の方が往復送迎をご利用になられた場合

* 往復送迎代と往復介護サービス料約 258 円が 1 日にかかるご利用料金です。

（介護職員処遇改善加算Ⅱ）

○2 人のヘルパーが必要なサービス

エレベータのないマンションにお住まいで外出時、階段昇降に
お困りの方、普段は屋内で過ごされているが、通院があり
その際、階段昇降の必要な方等の身体介護としてサービスを利用
できます。 *車椅子に座ったまま 2 人体制にて階段昇降できます。

◎ 具体的な利用者負担額は、次の通りです。

サービスの内容・利用する時間帯・利用時間の長さによって異なります。下の利用料が利用者様に自己負担して頂く目安の金額です（サービス費用の1・2・3割です）。介護保険負担割合証にてご確認下さい。

身体介護

提供時間 内容	20分以上 30分未満 (身体介護 1)			30分以上 1時間未満 (身体介護 2)			1時間以上 1時間30分未満 (身体介護 3)		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
1回につき 身体介護	325 円	649 円	973 円	514 円	1028 円	1542 円	753 円	1505 円	2257 円

提供時間 内容	20分未満 (身体介護 01)		
1回につき 身体介護	1割負担	2割負担	3割負担
	217 円	434 円	651 円

提供時間 内容	階段介助等で職員を 2人要する場合 (身体介護 1×2)		
1回につき 身体介護	1割負担	2割負担	3割負担
	648 円	1295 円	1942 円

生活援助

提供時間 内容	20分以上 45分未満 (生活援助 2)			45分以上 (生活援助 3)		
1回につき 生活援助	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
	238 円	475 円	712 円	292 円	583 円	875 円

身体介護に引き続き生活援助を行った場合

提供時間 内容	身体介護(30分未満) 生活援助(20分未満) 身体1生活1			身体介護(30分未満) 生活援助(20分以上45分未満) 身体1生活2		
	1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
生活援助 身体介護	410 円	820 円	1230 円	497 円	993 円	1490 円

- ・生活援助1（20分未満）につきましては20分以上の身体介護に引き続き行われる場合、加算を算定できます。

約 82 円（1割負担）

約 164 円（2割負担）

約 247 円（3割負担）

*上記の様に身体介護の料金に生活援助加算を加えた料金になります。

訪問介護初回加算（身体介護・乗降介助共）

提供時間 内容	初回のみ		
	1割負担	2割負担	3割負担
訪問介護初回加算	266 円	531 円	797 円

生活機能向上連携加算

利用者様の居宅へサービス提供責任者と訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーション事業所の専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を指す。以下専門職員）が同行して訪問し共同で訪問介護計画を作成した場合に付与される加算です。

生活機能向上連携加算(Ⅰ)			生活機能向上連携加算(Ⅱ)		
1割負担	2割負担	3割負担	1割負担	2割負担	3割負担
133 円	265 円	397 円	266 円	531 円	797 円

介護職員処遇改善加算Ⅱ

月のサービスを算定した単位数の合計に 22.40%分加算した金額です。

※介護報酬 1 単位あたりの単価は 1 単位 10.84 円となっています。

※ 1 回の訪問介護において身体介護と生活援助が混在する場合には具体的なサービス内容を区分して身体介護にかかる利用料に生活援助部分を加算いたします。

※上記料金設定の基本となる時間は実際のサービス提供時間ではなく利用者様の居宅サービス計画（ケアプラン）定められた目安の時間を基準とします。

※緊急時に要請をいただいた訪問介護サービスは 109 円加算した料金をいただきます。

※口腔連携強化加算・・・月に 1 回に限り算定可能 50 単位/回

口腔連携強化加算の算定要件

- ・ 都道府県へ加算の届出を行う事。
- ・ 事業所の従業者が口腔の健康状態の評価を実施する事。
- ・ 利用者の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員に対し口腔の健康状態の評価の結果を情報共有する事。
- ・ 利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって診療報酬の歯科診療報酬点数表の区分番号 C000 に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に相談できる体制を確保しその旨を文書等で取り決めている事。
- ・ 以下のいずれにも該当しない事
 - ・ 他の介護サービス事業所において該当利用者について栄養状態のスクリーニングを行い口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）を算定している場合を除き、口腔・栄養スクリーニング加算を算定している事。
 - ・ 当該利用者について口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し初回の居宅療養管理指導を行った日に属する月を除き、歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定している事。
 - ・ 該当事業所以外の訪問介護事業所または他の介護サービス事業所において該当利用者について口腔連携強化加算を算定している事。

※昼間（午前 8 時から午後 6 時まで）以外の時間帯でサービスを行う場合は次の割合で利用料が割増になります。

提供時間帯	早朝	夜間	深夜
時間帯	午前 6 時から午前 8 時	午後 6 時から午後 10 時	午後 10 時から翌朝午前 6 時
加算割合	25%	25%	50%

※利用者様の身体的理由により 1 人の訪問介護職員等による介護が困難と認められる場合等、やむを得ない事情で、かつ、利用者様の同意を得て 2 人で訪問した場合は 2 人分の料金となります。

◎ 交通費

- 通常のサービス提供実施地域（※） → **無料**
- それ以外の地域 → **利用者様の実費負担**となります。
- 買い物時や薬の受けとり時の交通費 → **利用者様の実費負担**となります。
- 通院介助時の交通費 → **利用者様の実費負担**となります。

（※）通常のサービス提供地域については、１ページに記載しています。

なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額を徴収する。

- 事業所の実施地域を超える地点から、３ｋｍ未満は 700 円
- 事業所の実施地域を超える地点から、３ｋｍ以上は 1,400 円

水道代・ガス代

利用者のご自宅でサービス実施のために水道・ガスを利用した場合、その代金は**利用者様の実費負担**となります。

◎ 電話代

利用者様のご自宅でサービス実施のためにやむを得ず電話を利用した場合、その代金は**利用者様の実費負担**となります。

その他の料金

介護保険が適用されないサービスを利用する場合、**利用者の全額自己負担**となります。

サービス名	サービス内容	利用料（全額）
		円
		円
		円

◎ サービス利用のキャンセル料

利用者様の都合により予約していたサービスの利用を中止する場合、キャンセル料が必要となる場合があります。詳しくは下の表の通りです。

サービス提供の当日までに 連絡がない場合	3,000 円を請求します。
サービス提供の前日までに 連絡いただいた場合	キャンセル料は不要です。

※ただし利用者様の容態の急変等、緊急やむを得ない事情がある場合はキャンセル料は不要です。

◎ 契約の解約

1. 利用者様は事業者に対して1週間の予告期間において文書で通知することにより、この契約を解約することができます。ただし利用者様の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解約する事ができます。
2. 事業者は、やむを得ない事情がある場合、利用者様に対して1ヶ月間の予告期間において理由を示した文書で通知する事により、この契約を解約する事ができます。
3. 次の事由に該当した場合、利用者様は文書で通知する事により、直ちにこの契約を解約する事ができます。
 - ① 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - ② 事業者が守秘義務に反した場合
 - ③ 事業者が利用者様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
 - ④ 事業者が破産した場合
4. 次の事由に該当した場合は事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約する事ができます。
 - ① 利用者様のサービス利用料金の支払が1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払われない場合
 - ② 利用者様または事業者やサービス従業者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為（下記）を行った場合
 - ・ 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
 - ・ ケアプランに含まれないサービスについて利用者、家族から要求される
 - ・ 利用者や家族様から暴言、暴力を受ける
 - ・ 担当職員が精神的に追い込まれている
5. 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - ① 利用者様が介護保険施設に入所した場合
 - ② 利用者様の要介護認定区分が、非該当（自立）又は要支援と認定された場合
 - ③ 利用者様が死亡した場合

◎ 要介護・要支援認定の申請前や申請後で要介護・要支援認定前にサービスを利用した場合

要介護・要支援認定の申請前または申請後で要介護・要支援認定前でもサービスを利用できますが認定の結果自立となった場合には所定の利用料（サービス費用の全額）を負担していただきます。

又、認定結果によって利用限度額を超えた場合はその超えた分を全額ご負担していただくことになります。

◎ 支払方法

○サービスを利用した場合、翌月半ば頃までに前月分の

利用料の請求をいたします（「請求書」をお渡しします）。

○請求書には明細が付いていますので、必ず内容をご確認ください。

○支払方法は、郵便局引き落とし、現金集金、でお願いします。

（銀行振り込みは翌月末までをお願いします。現金集金の場合は担当のホームヘルパーにお支払いください。）

○お支払いいただきましたら、領収証を発行しますので、大切に保管してください。

○利用者様の振込先は(銀行振り込みの場合)下記の通りです。

事業者指定の口座に振り込む場合 三井住友 銀行 芦屋 支店 普通預金 口座番号 5270832 口座名義 株式会社キラッとドリーム
--

※翌月末(土日祝日の場合は直後の平日)までに上記口座にお振込ください

◎ 緊急時、事故発生時対応方法

利用者様の病状の急変やその他必要な場合には、下記に記載の主治医(かかりつけ医)ならびにご家族の方に直ちに連絡し、必要な措置を講じます。

又、責任者へ連絡し記載の保険で賠償いたします。

※サービス提供前に『緊急連絡先』の用紙に記入をお願い致します。

◎ 日常的金銭管理・財産管理・権利擁護等への対応

○当事業所は、利用者様にサービスを提供する際に付随した日常的金銭管理・財産管理については、生活援助として行う買い物等に伴う少額の金銭の管理以外は、取扱いしません。

○利用者様に日常的金銭管理や財産管理の必要が生じた場合、また財産侵害や虐待等に対するお客様の権利擁護等の必要が生じた場合には、お客様のご希望も踏まえながら、適切な公的窓口等の第三者機関をご紹介します。

◎ 損害賠償

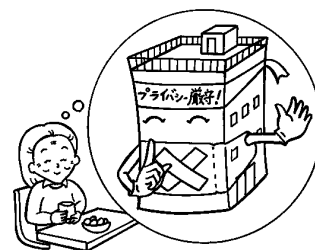
当事業所は以下の内容で損害賠償保険に加入しています。

当事業所が利用者様に対して賠償すべきことが起こった場合は、誠実に対応するとともに、契約書本文第12条に基づき、当事業所は金銭等により賠償をいたします。

加入保険名	福祉事業者総合賠償責任保険 { 三井住友海上火災(株) }
保険の内容	保険金の限度額 身体・財物共通 5000 万円 管理財物 100 万円 訴訟初期対応 1000 万円 人格権侵害 500 万円 見舞金(品) 50 万円
賠償できる事項	・当事業所の訪問介護員が利用者様の家財を壊してしまったとき ・当事業所の訪問介護員が利用者様にケガを負わせたとき
当事業所の連絡担当者	(氏 名) 矢倉 裕久 永島 秀敬 (連絡先) (078) 452-6807

※そのため、利用者様・ヘルパーの安全が確保できない状況の場合はサービス提供をできない場合がある事をご了承ください。

例：台風接近・自転車での見守り・警報発令中等



◎ プライバシーについて

○当事業所は、利用者様にサービスを提供するうえで知り得た情報は、決して第三者に漏らすことはありません。
契約終了後も同様です。

○サービス担当者会議などで利用者様やそのご家族の情報を利用するには、利用者様の同意が必要となりますので、別に作成する同意書（「訪問介護・介護予防訪問介護利用契約における個人情報使用同意書」）に記名・押印いただくことになります。

◎ 虐待の防止（身体的暴力・精神的暴力・ハラスメント）について

事業所は利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の為に次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ①虐待の防止の為の対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っていきます。
- ②虐待防止の為の指針を整備しています。
- ③従業員に対する虐待防止を啓発・普及する為の研修を定期的実施しています。
- ④虐待の防止に関する措置を適切に実施する為担当者を設置しています。

◎ 感染症対策について

利用者の感染症の発生及び蔓延を防止する為に感染対策委員会を設置し担当者を配置し定期的に開催し、その結果について従業員へ周知のほか指針の整備、研修（年2回以上）、訓練を実施します。感染症予防マニュアルを作成し感染症予防に努めています

◎ B C P(自然災害発生時における業務継続計画)

防災の基本方針とし、たとえ被災したとしても人命が失われない事を最重視し経済的被害が出来るだけ最小になるよう対策を組み合わせる災害に備えなければなりません。事業所として緊急時の対応、ハザードマップ、必要品の備蓄等、定期的に見直しを実地し研修・訓練の実地、又はBCPの検証、見直しを行っています。

○情報開示につきまして

当事業所は、利用者様の求めに従って、利用者様ご自身に関する情報（ご利用者記録、サービス提供記録、その他）を開示しております。遠慮なくお尋ねください。

利用者様宅には複写を置かず、その月の提供終了時、複写がいる方がおられればいつでもコピーしてお渡しします。

ただし、ご本人あるいは身元引受人でない方（他のご家族様等）からのご請求につきましては、当事業所所定の書面により利用者様のご了解を得てからの情報提供になります。あらかじめご了承ください。

◎ こんな場合はこちらまで

①担当者と連絡を取りたい場合

②予約していたサービスの利用を中止したい場合

当社までご連絡ください。

◎ 苦情対応体制

利用者様やご家族様から苦情があった場合その日の内に対応する事としています。
サービスの提供又は送迎代・介護保険料等に関して苦情や相談がある場合

当社の苦情又は相談（利用者・家族様）窓口連絡等

管理者 矢倉 裕久 サービス提供責任者 永島 秀敬	連絡先 (078)452-6807 受付時間 月曜～土曜 9時～18時
------------------------------	--

介護保険サービスの苦情について

兵庫県国民健康保険団体連合会 （介護サービス苦情相談窓口）	連絡先 (078)332-5617 受付時間 平日 8時45分～17時15分
神戸市福祉局監査指導部	連絡先 (078) 322-6326 受付時間 平日 8時45分～12時00分 13時00分～17時30分
神戸市消費生活センター （契約についてのご相談）	連絡先 (078) 371-1221 受付時間 平日 9時00分～17時00分
養介護施設従事者等による高齢者 虐待通報専用電話（監査指導部内）	連絡先 (078) 322-6774 受付時間 平日 8：45～12：00 13：00～17：30

◎ ケアマネジャーや主治医（かかりつけ医）との連携

○当事業所は、サービスの提供にあたり、ご担当のケアマネジャーや主治医（かかりつけ医）との緊密な連携を図り、より良いサービスを提供いたします。

○利用者様がケアプラン（居宅サービス計画）の変更を希望される場合は、速やかにご担当のケアマネジャーへ連絡し、調整いたします。

◎ 契約の終了

○利用者様が介護保険施設に入所した場合や自立（非該当）と認定された場合等は契約は自動的に終了します。

◎ 契約の解約について

○利用者様は当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合などには文書で通知を行い、直ちに契約を解約することができます。神戸市資料参照（身体的暴力・精神的暴力・セクシャルハラスメント等）以下のようなハラスメント行為はサービス提供が出来なくなる場合もあります。

○当社が事業を休廃止する場合や、やむを得ない事情によりサービスの提供が困難になった場合に契約を解約する場合があります（1か月前に文書でお知らせいたします）。

◎ 介護による報酬改定に伴う利用料金変更のご案内

法改正によりサービス利用料金等に変更が生じた場合、重要事項説明書に

記載されている金額の変更があります。今後、法改正後変更になる場合

この重要事項説明書にて同意していただく事で了承していただいている事になります。

法改正が行われ料金に変更になる際は必ず、ご利用者様に、ご連絡させていただきます。

◎当事業所の特徴

福祉有償運送車両を有し通院等に車両を利用していただけます。

（介護保険料とは別に距離により送迎代金が、かかります）

男性職員多く在籍しており車椅子に座ったままで階段昇降していただけます。（2人体制）

介護の質の向上の為、以下のような取り組みをしています。

項 目	取り組み内容
職員の研修・教育	社内研修を月に1度実地しています。 介護技術の研鑽に努めると共にヒヤリハット報告にて事故防止を図っております。 低温やけどや熱中予防の啓発等
人権擁護	委員会を設置し社内研修を実地しています。 ・虐待防止対策の徹底 ・従業員に対する虐待防止の啓発 ・トランスジェンダー（身体的性・戸籍上性と性自認が一致しない方等）理解しその方にあった介護
感染症対策	委員会を設置し社内研修を実地しています。 インフルエンザ・コロナウイルス感染症等の発生及び蔓延の防止の為の指針の検討
災害時事業継続計画	委員会を設置し社内研修を実地しています。 ・大災害に備え避難訓練の実地 ・各種備品の整備 ・緊急連絡先・避難場所の周知等
介護技術 コミュニケーション 排泄介助 入浴介助 移動介助 生活援助（掃除・買物・調理） 食事介助	利用者様の生活意欲を引き出すようにしています。 利用者様の人権や安全等に配慮しています。 体調の事前確認や手際等に配慮しています。 自立支援面や手際等に配慮しています。 衛生管理に努めるとともに、時間内に手際良く行うなどの効率面に配慮しています。 食事中は目を離さないようにし、食べるスピード、スムーズさ、姿勢等に気を付けています。

説明事項確認書

令和 年 月 日

訪問介護、介護予防訪問介護サービスの提供にあたり、利用者様に対して本書面に基づいて「重要事項」を説明いたしました。

事業所所在地 神戸市東灘区本庄町3丁目3番24号

名 称 訪問介護事業所 キラッとドリーム

説明者氏名 永島 秀敬 印

私は、本書面により、訪問介護・介護予防訪問介護事業者から「重要事項」の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

ご利用者 住所：

電話：

氏名： 印

利用者様自身が判断を下せない状況になった場合は、私が身元引受人として判断・対応します。

(契約時において判断が下せない場合、下記の方をご契約当事者とさせていただきます)

住所：

氏名： 印

利用者様との関係(○印)

親族 (続柄：)

成年後見人

代理人

* 確認資料をお見せいただく場合がございます。
あらかじめご了承ください。