介護予防・日常生活支援総合事業

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	合同会社Ｒｉｔｚ		
本社所在地	宇治市木幡御蔵山 39 番地の 1007		
電話番号	0774-26-4406	FAX 番号	0774-26-4406
メールアドレス	info@kaigo-ritz.com		
代表社員	高橋仁司		
事業内容	訪問介護相当サービス(総合事業)		
事業所名	訪問介護Ｒｉｔｚ	指定番号	2671201610
所在地	宇治市木幡御蔵山 39 番地の 1007		
電話番号	0774-26-4406	FAX 番号	0774-26-4406
管理者	高橋仁司		
開所年月日	令和 6 年 10 月 1 日		
事業所が行っている他の業務	障害福祉サービス事業(居宅介護、重度訪問介護、行動援護)		

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
当事業所が行う訪問介護相当サービス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「訪問介護員」という)が、介護を必要とする要支援者に対し、適正な訪問介護相当サービスを提供します。
運営方針・理念
事業所の訪問介護員(以下「ヘルパー」という)は、ご利用者のご希望に添って、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。 指定訪問介護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。また、すべての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様に努めます。

３.事業所の人員体制は次のとおりです。

（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。）

職員の職種		人数	常勤	非常勤	職務の内容
管理者		１名	１名	０名	・事務所の管理運営 ・ヘルパーの指導
サービス提供責任者		１名	１名	０名	・ヘルパーの指導、訪問介護相当サービス個別計画の作成等 ・指定訪問介護相当サービスの提供
従業者（居宅介護等）	介護福祉士/実務者・初任者研修修了	６名	２名	４名	訪問介護相当サービス個別計画に基づき、日常生活を営むのに必要な指定訪問介護相当サービスの提供
総数		６名	２名	４名	

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～金（祝日、12/29～1/3 除く）
受付時間	9 時～18 時
サービス提供日	月～土
サービス提供時間	24 時間

５．通常の事業実施地域

宇治市

６．当事業所が提供するサービスと利用料金

介護保険の適用がある場合は、利用者様の負担割合（負担割合証に記載）に応じた負担額となります。なお、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に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。

〈サービス区分及びサービス内容〉

	種　類	内容・手順等
１　身体介護	食事介助	食事の介助を行います。
	入浴介助	入浴(全身浴・部分浴)の介助や清拭(身体を拭く)、洗髪等を行います。
	排泄介助	排泄の介助、おむつ交換を行います。
	体位交換	床ずれ予防のための体位変換を行います。
	起床就寝介助	ベッドへの誘導、ベッドからの起き上がりの介助を行います。
２　生活援助	買い物	利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。
	調　理	利用者の食事の用意を行います。
	掃　除	利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。
	洗　濯	利用者の衣類等の洗濯を行います。

〈サービス利用料金〉

訪問介護相当サービス費 基本報酬 （地域区分６級地 10.42 円）事業対象者　要支援１、２／以下に示す単位数(月額分)に、92/1000 を乗じた単位数を加算します(介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ)。

（Ⅰ）週 1 回程度の訪問 1,176 単位	10 割※１（1 ヶ月当り）12,253 円 １割負担　1,226 円/月 ２割負担　2,451 円/月 ３割負担　3,676 円/月
（Ⅱ）週 2 回程度の訪問 2,349 単位	10 割※１（1 ヶ月当り）24,476 円 １割負担　2,448 円/月

	２割負担　4,896 円/月 ３割負担　7,343 円/月
（Ⅲ）対象者(要支援２)のみ （Ⅱ）を超える訪問 3,727 単位	10 割※１（1 ヶ月当り）38,835 円 １割負担　3,884 円/月 ２割負担　7,767 円/月 ３割負担　11,651 円/月

※1　合計単位に地域区分 10.42 円を乗じます。

※2　お客様の負担額は利用料から介護保険適用した 1 割・2 割分又は 3 割分をご負担いただきます。

〈サービス利用にかかる実費負担額〉

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。なお、自動車を使用した場合の交通費は、事業の実施地域を越えてから、1km あたり 20 円をご負担いただきます。

７．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．利用の変更・追加

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.利用料金の支払方法について

サービス利用にかかる料金・費用は、毎月 10 日までに前月分の請求をいたしますので、末日までに以下の方法によりお支払いください。

なお、入金確認(お支払い)後、領収証を発行します。

ア）下記口座へ振り込み

京都中央信用金庫　六地蔵支店
普通預金
口座番号：０１８９０８４
口座名義：合同会社 Ritz　代表社員　高橋仁司(ゴウドウガイシャリッツ　ダイヒョウシャイン　タカハシヒトシ)

イ）現金払い

当事業所の窓口にてお支払いください。

10. サービスの利用に関する留意事項

〈ヘルパー(訪問介護従業者)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、「訪問介護相当サービス個別計画」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、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訪問介護相当サービス個別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。

〈介護保険被保険者の確認〉

「住所」及び「ご利用者負担割合」等「介護保険被保険者証」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「介護保険被保険者証」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(喀痰吸引、経管栄養については相談可)。

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。)

力, 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。

11. 苦情・相談の受付について

〈苦情処理の体制及び手順〉

①苦情があった場合には、直ちに担当者が利用者に連絡を取り、直接訪問するなどして詳しい事情をきくとともに、当該利用者の担当者からも事実確認をする。

②苦情処理については、検討結果等に基づき、速やかに利用者への対応を行う(謝罪に行く等)。

③記録を台帳(パソコンのデータベース)に保管し、再発防止に役立てる。

④苦情の内容によっては行政窓口へ相談し、助言又は指導を得て改善策を講じる。

⑤事故が発生した場合は、速やかに必要な処置を講じられるよう、あらかじめ関係機関との対応方法を定め、関係各所に周知して協力を依頼する。

〈苦情の受付〉

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口　　高橋仁司

○電話番号　　0774-26-4406

○受付時間　　月躍から金曜　9:00～18:00

〈行政機関その他苦情受付機関〉

①京都府福祉サービス運営適正化委員会：電話：075-252-2152

②京都府国民健康保険団体連合会：月曜日～金曜日(9：00～17：00)

電話番号：075－354-9090

③宇治市介護保険課：月曜日～金曜日(8:30～17:00)

電話番号：0774-22-3141

12. カスタマーハラスメントについて

利用者及びその家族等からのご意見、苦情、要望等については、真摯に受け止め、適切なサービスの提供及び改善につなげてまいります。

一方、利用者及びその家族等による言動のうち、当該言動の内容、手段又は態様等が、当法人の提供するサービスの性質その他の事情に照らして社会通念上許容される範囲を超え、それによって職員の就業環境が害されるものについては、カスタマーハラスメントとして適切に対応します。

なお、利用者の障害特性、疾病、認知機能、心身の状態その他の事情に起因する言動については、その背景や状況を十分に確認し、必要な合理的配慮及び支援方法を検討した上で、カスタマーハラスメントに該当するかを適切に判断します。

カスタマーハラスメントに該当する行為が認められた場合、当法人は、利用者又はその家族等へ当該行為の中止又は改善の申し入れ、対応者の変更、複数職員による対応、対応方法の変更その他必要な措置を講じることがあります。なお、当該行為の中止又は改善がみられない場合には、利用契約の解除をする場合があります。

13. 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、訪問介護相当サービス個別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、ご利用者の負担となります)。

14. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無　　□有　　☑無

15.緊急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があった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)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、宇治市及び関係市町村、京都府等に連絡を行います。

主治医	病院名および所在地	
	氏名	
	電話番号	
緊急連絡先 (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なら、関係各機関との連絡・連携をはかりつつ、可能な限りすみ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:0774-26-4406

(平常の時間帯以外であっても、事業所電話番号にお掛けいただけましたら、24 時間対応致します)。

令和　　年　　月　　日

居宅介護等サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。
管理者名　　高橋仁司

説明者および氏名　　印

私は、本書面に基づいて事業者から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。

ご利用者申込者氏名　　印

上記の者は書面・捺印が困難なため、私が代って署名・捺印を行います。

代理人氏名　　印

（続柄　　）