

重要事項説明書

(訪問介護・介護予防訪問サービス)

令和 6 年 11 月 1 日現在

様

株式会社オリジン
訪問介護フラワーサーチ
《指定番号 2372002911》

訪問介護フラワーサーチは、ご利用者に対して指定訪問介護（介護予防にあたっては指定介護予防訪問サービス）を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを、厚生省令第37号第8条に基づいて、次の通り説明します。

1 事業者概要

法人名	株式会社オリジン
法人所在地	愛知県豊橋市東高田町 670
法人種別	営利法人
代表者名	代表取締役 元吉 伸幸
電話番号	0 5 3 2 - 6 5 - 2 1 2 1

2 介護保険法に基づき指定を受けている事業所名称及びサービスの種類

指定番号（2372001996号）	デイサービスフラワーサーチ 《通所介護》
指定番号（2372003323号）	フラワーサーチはた楽デイ 《通所介護》
指定番号（2391300361号）	フラワーサーチ・グッドリハ新守山 《通所介護》
指定番号（2390200141号）	フラワーサーチ・グッドリハ徳川 《通所介護》
指定番号（2372002002号）	ショートステイフラワーサーチ《短期入所生活介護》
指定番号（2372002010号）	居宅支援事業所フラワーサーチ《居宅介護支援事業所》
指定番号（2362090157号）	訪問看護フラワーサーチ 《訪問看護》
指定番号（2372002334号）	グループホームフラワーサーチ《認知症対応型共同生活介護》

3 事業所の概要

事業所の種類	指定訪問介護事業所・指定介護予防訪問サービス事業所
事業所の名称	訪問介護フラワーサーチ
指定番号	2372002911号
指定年月日	平成22年3月31日
所在地	愛知県豊橋市東高田町 665
電話番号	0 5 3 2 - 6 5 - 2 1 3 4
通常の事業の実施地域	豊橋市東高田町
営業日	月曜日から日曜日（祝日を含む）
営業時間	月曜日から金曜日 9時00分～18時00分
サービス提供時間帯	24時間

4 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問介護（指定介護予防訪問サービス）を提供することを目的とする。
-------	---

運営の方針	要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。事業の実施に当たっては、東三河広域連合、関係市区町村、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。
-------	---

5 職員の体制

訪問介護（介護予防訪問サービス）を提供する従業員として、以下の職員を配置しています。

職 種	主な職務内容	人 員		
		常勤	非常勤	備考
管理者	業務管理 利用調整	1 名		
サービス提供 責任者	利用調整 技術指導 訪問介護計画 訪問介護	1 名		介護福祉士
訪問介護員	訪問介護	8 名	7 名	介護福祉士
		1 名		介護職員実務者研修修了者
		0 名		訪問介護養成研修 1 級課程修了者 (ヘルパー1 級)
		1 名		訪問介護養成研修 2 級課程修了者 (ヘルパー2 級)

6 訪問介護事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 提供できるサービスの概要

種 類	項 目	内 容
身体介護	入浴介助	入浴の介助又は、入浴の困難な方は清拭等
	排泄介助	排泄の介助、おむつ交換等
	体位変換	体位の変換
	食事介助	食事の介助等
	通院介助	通院の介助
	外出介助	心身機能の状態により、外出において介助が必要な場合
生活援助	調理	ご利用者の食事の用意（ご家族の調理は行いません）
	洗濯	ご利用者の衣類等の洗濯（ご家族の洗濯は行いません）
	掃除	ご利用者の居室の掃除（ご利用者居室以外の清掃は行いません）
	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行います (預貯金の出し入れ等の依頼はお受けできません)

☆介護予防訪問サービスは、ご利用様が自力で行うことができない日常生活全般の援助を行います。この為、身体介護・生活援助といった区別はありません。

(2) 要介護状態のご利用者様の具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成した居宅サービス計画に沿って行います。

(3) 要支援状態のご利用者様については、介護予防支援事業者が作成する介護予防サービス計画で設定された目標を勘案し、必要な程度の量（具体的な1回あたりのサービス提供時間や回数）を予防訪問サービス計画に位置づけサービス提供します。

(4) サービス基本料金表（1割負担の方）

下記料金表は各単価目安となります。（1単位 10,21円換算）

（介護給付）

身体介護	サービス所要時間	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間半未満	1時間半以上 2時間未満
	1、単位	167単位	2,50単位	396単位	579単位	663単位
	2、介護保険給付金額	1,534円	2,297円	3,639円	5,320円	6,093円
	3、自己負担	171円	255円	404円	591円	676円
生活介護	サービス所要時間	20分以上 45分未満	45分以上 60分未満			
	1、単位	183単位	225単位			
	2、介護保険給付金額	1,682円	2,068円			
	3、自己負担	186円	229円			

☆ サービス内容には身体介護と生活援助を組み合わせたサービスもあります。

☆ サービスに要する時間は国で定められた標準的な所要時間です。

※ 2割又は3割負担の方は料金が異なります。

通院等のための乗車又は降車の介助が中心である場合	1、単位	2、介護保険から給付される金額	自己負担
	99単位	909円	101円

※ 2割又は3割負担の方は料金が異なります。（介護保険負担割合証に準ずる）

（予防給付）1ヵ月単位の料金となります（1割負担の方）

支給区分	利用頻度	単位	自己負担
介護予防訪問サービス費（Ⅰ）	週1回程度の利用	1176単位	1,201円/月
介護予防訪問サービス費（Ⅱ）	週2回程度の利用	2349単位	2,399円/月
介護予防訪問サービス費（Ⅲ）	（Ⅱ）を超える利用	3727単位	3,806円/月

※ 2割又は3割負担の方は料金が異なります。（介護保険負担割合証に準ずる）

(5) 加算料金 (1 割負担の方)

項 目	1、単位	2、介護保険から給付される金額	自己負担 (1-2)
初回加算	200 単位／月額	1,837 円／月額	205 円／月額
緊急時訪問加算	100 単位／1 回	918 円／1 回	103 円／1 回
※ 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) : 所定単位数の 24.5% を加算 ※ 介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ) : 所定単位数の 22.4% を加算 ※ 介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ) : 所定単位数の 18.2% を加算 ※ 介護職員等処遇改善加算 (Ⅳ) : 所定単位数の 14.5% を加算 ※ 介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) : 所定単位数の 7.6～22.1% を加算			
※ 下記の時間帯でのサービス提供は割増料金が加算されます * 介護保険支給限度額の範囲であれば給付対象となります			
夜間割増料金	午後 6 時～午後 10 時まで 25% 増		
早朝割増料金	午前 6 時～午前 8 時まで 25% 増		
深夜割増料金	午後 10 時～午前 6 時まで 50% 増		

※同一敷地内の適正化の為、所定の単位数から 12% 減

☆ 初回加算は、訪問介護計画を作成し、初回の訪問をした月にサービス提供責任者が訪問介護を行う又は他の訪問介護員と同行訪問した場合に算定されます。

☆ 緊急時訪問加算は、居宅サービス計画にない訪問介護を、本人又は家族より要請を受けて身体介護のサービスを行った場合に算定されます。(介護給付のみ)

※ 2・3 割負担の方は料金が異なります。(介護保険負担割合証に準ずる)

下記の条件により、2 人の訪問介護員が共同で指定訪問介護を行う必要な場合は、同意の上で通常の 2 倍の料金をいただきます。
① 利用者の身体的理由により 1 人の訪問介護が困難と認められる場合
② 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合
③ 利用者の状況等から判断して①又は②に準ずると認められる場合

利用料金の計算仕方

月毎の訪問介護利用単位数 × 10,21 円 = (A) ※1 円未満は切捨て

(A) × 0.9 = (B) ※1 円未満は切捨て

(A) - (B) = 皆様の利用負担額

(6) 介護保険の給付対象とならないサービス

* 介護保険給付支給限度額を超えてのサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご利用者様の負担となります。

(7) キャンセル料

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	自己負担相当額

☆ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合には、キャンセル料は発生しません。

(8) 交通費実費

ご利用者の居宅が、当該事業所の実施地域を超える地点から、片道 3Km 未満 500 円、3 Km 以上 1000 円を頂きます。

(9) 料金の支払い方法

☆料金・費用は 1 ヶ月ごとに計算しご請求します。前月料金の合計額の請求書及び明細書を毎月 20 日までに発送しますので、ご請求させていただきました料金を原則としてその月の 26 日に指定の口座から自動引き落としさせていただきます。自動引き落とし口座は、【預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書】にて、ご指定願います。当事業所は利用者から利用料金の支払いを受けたときは、利用者又は契約者に対して領収書を発行します。事情により指定の口座より自動引き落としができない場合は、事業所窓口での支払い又は事業所の指定する金融機関への振込みでも対応します。

利用料金振込み先 豊川信用金庫

店名	口座	口座番号	口座名
大清水支店	普通	3 1 3 6 8 2 6	フラワーサーチ代表 元吉伸幸

☆振込みの際は、ご利用者様の氏名をお願いします

(10) サービス提供の利用、中止、変更は【契約書第 8 条参照】

7 サービス提供内容に関する相談・苦情窓口

当事業所の ご利用者ご相談窓口	ご利用時間	平日	午前 9 時 00 分～午後 6 時 00 分
	ご利用方法	電話	(0 5 3 2) 6 5 - 2 1 3 4
	担当	管理者	元吉 伸幸 (もとよし のぶゆき)

その他、行政関係の苦情相談窓口

東三河広域連合介護保険課	電話	(0532) 26-8470	平日	8:30～17:15
愛知国民健康保険団体連合会	電話	(052) 971-4165	平日	9:00～17:00

8 個人情報の保護について

個人情報保護に関する責任者 元吉 伸幸 (もとよし のぶゆき)	
①、	事業者及びサービス従事者は、訪問介護サービスを提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。
②、	利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
③、	前②項にかかわらず、利用者に係る他の行政・医療・保健・福祉との連携を図るなど正当な理由がある場合には、同意を得た上で、利用者又は家族等の個人情報を活用することができるものとします。

9 事故発生時の対応

- ・利用中に事故が発生した場合は、東三河広域連合、当該利用者様のご家族、当該利用者様に係る居宅介護支援事業者様等に連絡を行うと共に、必要に応じた措置を講じます。
- ・賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

10 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います
緊急連絡先に連絡いたします。

協力医療機関	医療機関の名称	医療法人栄真会 伊藤医院
	院長名	伊藤之一先生
	所在地	豊橋市小池町字原下 35 番地
	電話番号	(0 5 3 2) 4 5 - 5 2 8 3
	診療科	内科、外科、胃腸科、麻酔科

10 訪問介護の基本内容【契約書第 4 条参照】

11 提供記録については【契約書第 6 条参照】

12 訪問介護員の交代等【契約書第 7 条参照】

13 キャンセルの連絡先

電話 0 5 3 2 - 6 5 - 2 1 3 1

14 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施は行っておりません

15

明細書・領収書等の再発行は1枚につき 1000 円(税抜き)を徴収