

家事代行サービス 重要事項説明書

1. 会社の概要

法人名（会社名）	医療法人社団 洛 和 会
代 表 者 名	理事長 矢 野 裕典
法 人 所 在 地	京都市中京区西ノ京車坂町9番地
電 話 番 号	075-581-6221 (洛和会音羽リハビリテーション病院)

2. サービスを提供する事業所の概要

(1) 事業所の名称・所在地

事 業 所 名	洛和会音羽リハビリテーション病院ヘルパーステーション
管 理 者 名	みやま はるよ 三山 晴代
電 話 番 号	075-581-6918
F A X 番 号	075-582-7548
事 業 所 所 在 地	京都市山科区小山北溝町32-1
サービス提供地域	京都市山科区

(2) 事業所の職員体制

職 種	常勤	非常勤	登録	計
管 理 者	1			1
サービス従事者				

(3) 営業日および営業時間

営 業 日 ・ 営 業 時 間	月曜日～土曜日・8:30～17:00 左記時間帯以外 は応相談
営 業 し な い 日	12月30日～1月3日、祝日は除く（相談に応ず）

3. 運営の方針

- ◇ 高齢者の人権を最優先するとともに、個々に歩んでこられた人生を尊重して生活支援を 実施する。
- ◇ 高齢者及びそのご家族のご要望に基づき、可能な限り残存する機能を活かしながら日常生活を営めるよう支援する。
- ◇ これらの活動により、高齢者の社会復帰を促し、満ち足りた余生を過ごしていただくことを目標として企業活動を展開する。

4. サービスに関して

(1) サービスの内容

生活支援	掃除（屋内・庭）、買い物代行、洗濯、外出付添い、季節の衣替え、整理整頓等
通院	通院の付添い・通院介助の待ち時間

5. サービス利用についての注意事項

(1) サービスを行う従事者

- ◇ サービスの提供に当たっては、当社が選任した従事者がサービスを行います。
- ◇ ご利用者が従事者を指名することはできません。

(2) サービス従事者の交代

- ◇ 選任されたサービス従事者の交代を希望する場合には、当該サービス従事者が業務上不適当と認められる事情その他の理由を明らかにして頂くことが必要なため、事前にご相談ください。
- ◇ 当社の都合によりサービス従事者を交代することがあります。その場合、利用者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。

(3) サービス実施上の留意事項

- ◇ 家事代行サービスの実施に関する指示・命令
家事代行サービスの実施に関する指示・命令は全て当社が行います。但し、当社は家事代行サービスの実施にあたってご利用者の事情・意向等に十分配慮します。
家事代行サービスを提供するにあたって必要な従事者の交通費・娯楽費・飲食代はすべて 利用者負担となります。
- ◇ 備品等の使用
利用者のお住まいでサービスを提供するために、水道・ガス・電気等を使用させて頂きます。また、サービス従事者が事業所に連絡する際、電話を使用させて頂くことがあります。なお、これらの費用は利用者の負担とします。
- ◇ サービス従事者への補償
利用者等が飼育しているペット類は訪問介護サービスの提供の妨げにならないように管理をお願いします。例えば、大切なペットを守るために、また、職員が安全にケアを行うためにも、訪問中はリードをつけて頂くか、ゲージや居室以外の部屋へ保護するなど。このペット類がサービス従事者に危害を加えた場合の補償や賠償責任は利用者が負うものとします。

(4) その他の留意事項

- ◇ 職員に対する金品等の心づけはお断りしています。
職員がお茶やお菓子、お礼の品物等を受けることも当社として禁止しております。
また、金銭・貴重品等の管理にご協力をお願いします。
- ◇ 見守りカメラの設置を含む職員を撮影する際は一言お伝えください。
ご利用者さまの安否確認や見守りを目的としたカメラの使用およびケアの確認等で職員が画像に写り込む場合には、プライバシー保護のために職員の同意を得てください。SNS等で画像を使用する場合も同様をお願いします。
- ◇ 暴言・暴力・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もご協力をお願いします。

6. 利用料金

(1) サービスに関する利用料金等（通常時間帯／8：00～18：00）

時間 サービス	サービス利用		介護保険対象外	
	1時間まで	1時間～ 1時間30分	1時間30分 ～2時間	以後30分毎 に
身体介護 生活援助 受診待機	3,300円 (税込)	4,950円 (税込)	6,600円 (税込)	1,650円 (税込)

※受診待機も身体介護・生活援助と同額になります。

- ◇ 通常の時間帯以外の時間帯でサービスを行う場合は、次の割合で利用料金に割増料金が加算されます。

時 間 帯		割 増 率
早 朝	6：00 ～ 8：00	25%
夜 間	18：00 ～ 22：00	25%
深 夜	22：00 ～ 6：00	50%

(2) 交通費

- ◇ 外出同行等に要する従事者の交通費は、ご利用者の負担になります。
- ◇ 消費税等は発生しません。
- ◇ サービス提供地域にお住まいの方は無料です。
- ◇ それ以外の地域の方には別途実費を申し受ける場合があります。
 - ① 事業所の実施区域を越えて、 おおむね5km未満 250円／片道
 - ② ①の範囲を越え、更に超過距離5km未満ごとの追加額 250円／片道

(3) キャンセル規定

- ◇ 下記の連絡期日までにご連絡いただいた場合には、キャンセル料は無料です。
- ◇ それ以降にお申し出のあった場合及び申し出のない場合については、キャンセル料を申し受けます。キャンセル料金は、予定されていたサービス額の半額です（10 円未満の端数については切捨てします。）

利 用 日	連絡期日
日曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日	前日の 17:00 まで
月曜日・祝日の次の日	前々日の 17:00 まで
ゴールデンウィークや年末年始等の連休明けの日	連休初日の前日の営業日の 17:00 まで

(4) 料金の請求・支払方法

- ◇ 利用料金は原則、1 ヶ月ごとに計算しサービス利用月の翌月 20 日頃までに、請求いたしますので、請求月の月末までに、お支払いいただきます。
- ◇ お支払い方法は、ゆうちょ・京都銀行・その他銀行口座からの口座自動引き落としのいずれかよりご選択ください。ご契約の際にお申し出ください。なお、口座自動引き落としの手続きが完了するまでは、現金でお支払いいただく場合があります。
- ◇ 口座自動引き落とし日は 27 日迄、振込及び現金での支払いは末日迄。
注意：それぞれの引き落とし日にご指定の金融機関がお休みの場合は、翌営業日引き落とし日になりますので、それまでに、残高不足とならないよう対応いただきますようご協力をお願いします。

(3) 領収証明書の発行と文書料

- ◇ 領収証は原則として再発行いたしません。但し、紛失等の理由により、利用者または身元引受人から領収証の発行依頼があった場合には、領収証明書を発行致します。
- なお発行に際して、文書料として一通につき金 1、100 円（税込）を申し受けます。

7. 身元保証人の責務

- ◇ 訪問介護サービスを利用される場合、利用者のご家族等の身元保証人を求めます。身元保証人は、契約に基づく利用者に対する一切の債務について、利用者と連帯して履行の責任を負います。
- ◇ 身元保証人には、利用料の滞納や未払いがないように努める義務があります。利用料の滞納や未払いがある場合には、身元保証人は契約書に定める極度額（50、000

円) の範囲内で利用者に代わって利用料の支払いをして頂きます。

8. サービス契約の終了・解約

(1) 契約の終了

- ◇ 以下の事由が発生した場合は、その当該期日をもって終了することとします。
 - ① 利用者が当社に解約を通知した場合
 - ② 当社が利用者に解約を文書で通知した場合
 - ③ 利用者が、死亡した場合
 - ④ 利用者が、医療機関に2ヶ月を超えて入院する場合または入院すると見込まれる場合
 - ⑤ 当社が、破産した場合。
- ◇ ④に該当する場合については、契約終了後1年以内に、再利用することとなった場合は、終了時の契約書を有効とします。なお、再利用時に、重要事項説明書の内容等が変更されている場合は説明し交付します。

(2) 利用者からの解約

- ◇ 解約希望日の2日前までに文書にてお申し出頂くことにより、契約を解約することができます。

(3) 会社からの解約

- ◇ サービス利用料金の支払が正当な理由がなく2ヶ月以上遅れ、催告したにも関わらず、直ちに支払がない場合は、契約を解約させていただきます。
- ◇ 利用者またはその家族等が、当社もしくはサービス従事者の生命・身体・財産等を傷付け、または著しい不信行為を行うなどされ、サービス契約の継続が困難になった場合は、契約を解約させていただきます。
- ◇ 当社より解約する場合は、利用者に対し30日前までに解約の理由等を記した文書にて通知させていただきます。

※ 上記、全ての場合において既に実施したサービスについては所定の料金をお支払い頂きます。

9. 緊急時の対応方法

- ◇ サービス提供中に病状の急変等があった場合には、利用者の主治医、救急隊、家族、利用者に係る居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等へ連絡をするとともに、必要な対応を行います。なお、事業所の連携医療機関は下記の通りです。

連 携 医 療 機 関	所 在 地	電 話 番 号
洛和会丸太町病院	〒604-8401 京都市中京区七本松丸太町 上	0 7 5 - 8 0 1 - 0 3 5 1 (代 表)
洛和会音羽病院	〒607-8062 京都市山科区音羽珍事町2	0 7 5 - 5 9 3 - 4 1 1 1 (代 表)

10. 事故発生時の対応

- ◇ サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の家族および利用者に係る居宅介護支援当社、地域包括支援センター等に連絡するとともに、必要な対応を行います。また、事故原因を追究し、再発防止のための対策を実施します。
- ◇ 賠償すべき事故が発生した場合は、その損害を賠償します。

11. 非常災害対策

- ◇ 当社は、非常災害等の発生の際に、他の事業所などとの連携および協力を行う体制を整え、事業が継続できるよう努めます。

12. 感染症予防対策

感染症予防対策として次のことに努めます。

- ◇ 事業所は、職員の清潔の保持および健康状態について、必要な管理を行ないます。
- ◇ サービス従事者は、常に清潔保持および健康管理に努め、特に訪問前後は、手、指を洗浄するなど感染予防に十分留意します。
- ◇ 事業所内や訪問先において感染症が発生した場合は、まん延しないようにマニュアルに沿って必要な対策を行うとともに、必要に応じ市区町村等が設置する機関の助言、指導を求め対応します。
- ◇ 国や市町村から通知が発せられた場合は、その通知に従います。また、その旨お知らせします。

13. サービス内容に対する苦情

◇ お客さま相談・苦情窓口

事業所	洛和会音羽リハビリテーション病院ヘルパーステーション	
	営業時間	8：30～17：00（日曜日・祝日、12/30～1/3を除く）
	電話番号	075-581-6918 フリーダイヤル 0120-81-6918
	FAX番号	075-582-7548
	苦情相談担当者	みやま はるよ 三山 晴代

14. 個人情報について

◇ 利用者および家族等の個人情報については、医療・介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、サービス担当者会議等において、利用者およびその家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、利用者およびその家族の個人情報を用いません。

◇ 事業所における、個人情報の利用目的は以下の通りです。なお、医療・介護サービスの提供以外の目的で使用する場合についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、利用者およびその家族の個人情報を用いません。

● 医療・介護の提供

- ・ 当事業所での医療サービス、介護サービス、介護予防サービスの提供
- ・ 他の病院、診療所、薬局、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、介護サービス事業所、介護予防サービス事業所、地域包括支援センター、行政等との連携
- ・ 他介護サービス事業所等からの照会への回答 ・主治医等からの照会への回答
- ・ ご利用者さまの介護や看護、ケアプラン作成のため、医師等の意見・助言を求める場合

- ・ サービス担当者会議
- ・ ご家族等への説明
- ・ その他、利用者さまへのサービス提供に関する利用

● 当事業所の管理運営業務

- ・ 事業所運営に関する会計・経理業務
- ・ 苦情、事故等の報告
- ・ 当該利用者さまの医療・介護サービスの向上に関する利用
- ・ その他、当事業所の管理運営業務に関する利用（業務委託を含む）

- 賠償責任保険などに係る、医療・介護に関する専門の団体、保険会社等への相談または届出等
- 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 当施設内において行われる看護師、従事者、介護福祉士、社会福祉士などの実習への協力
- 医療・介護の質の向上を目的とした学会活動、学術研究
- 外部監査機関への情報提供

15. 秘密保持

- ◇ 事業所およびサービス従事者は、サービスを提供する上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密保持は、本契約終了後も同様です。

16. 人権擁護・虐待防止

- ◇ 当社は、利用者の人権の擁護、虐待防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、事業所の職員に対し、研修を行います。
- ◇ 事業所の職員または養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、状況を確認した上で、市区町村への通報をする場合があります。

17. その他運営に係る事項

- ◇ 洛和会ヘルスケアシステムとして、様々な医療・介護機関と密接な連携体制を持っており、ご安心頂けます。

令和6年8月1日

以上、家事代行サービスを開始するにあたり、本書面により重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

(説明担当者)

洛和会音羽リハビリテーション病院ヘルパーステーション

〔氏名〕 _____ (自署)

私は、本書面により、貴社から「家事代行サービス」について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。

〔利 用 者〕 住 所 _____

電 話 () _____

氏 名 _____

〔身元保証人〕 住 所 _____

電 話 () _____

氏 名 _____