

訪問介護 重要事項説明書

_____様に対する指定訪問介護サービスの提供開始にあたり、
 当事業所が_____様に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者(法人)の概要

法 人 名	しゃかいふくしほうじん しゅんじゅうかい 社会福祉法人 春秋会
代 表 者 名	理事長 渡辺 英雄
本 社 所 在 地	北九州市小倉南区曾根新田北3丁目2番1号
電 話 番 号	093-474-2288
F A X 番 号	093-474-2277

2 事業所(ステーション)の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事 業 所 名	こうじつえん 好日苑ヘルパーステーション
管理者の氏名	北村 裕予
所 在 地	北九州市小倉南区曾根新田北3丁目2番1号
電 話 番 号	093-474-2288
F A X 番 号	093-474-2277
サービス種類 (介護保険事業所指定番号)	指定訪問介護 (4070501137号)
サービスを提供する地域	北九州市内

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(2) 事業所(ステーション)の職員体制 (平成31年 4月 1日 現在)

職 種	資 格	常勤	非常勤	計	業 務 内 容
管理者 (サービス提供責任者兼任)	介護福祉士	1	0	1	運 営 管 理
サービス提供責任者 (専従)	介護福祉士	1	0	1	<ul style="list-style-type: none"> ・利用の申し込みに係る調整 ・利用者の状態の変化等の把握 ・利用者の口腔問題、服薬状況についての情報共有 ・サービス担当者会議への出席、CMとの連携 ・訪問介護員等への情報伝達 ・訪問介護員等の業務実施状況の把握 ・訪問介護員等の能力や希望を踏まえた業務管理 ・訪問介護員等に対する研修、技術指導 ・その他サービス内容の管理に必要な業務
事務員 (訪問介護員兼任)	訪問介護員 2級	1	0	1	<input type="checkbox"/> 事務処理 <input type="checkbox"/> ヘルパー業務・研修への参加
訪問介護員 (専従)	介護福祉士	0	1	1	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護 ・介護予防訪問介護 ・介護予防・日常生活支援総合事業 第1号訪問事業(介護予防訪問介護相当)
	訪問介護員 1級	0	0	0	
	訪問介護員 2級	0	7	7	
合 計		3	8	11	

(3) 営業時間とサービス提供時間

事業所の営業時間	月曜日～土曜日(祝日含む)	8:30～17:30
サービス提供の時間	月曜日～土曜日(祝日含む)	8:00～18:00

※ 上記時間帯以外や日曜日の提供はご相談ください。

3 事業の目的と運営方針等

(1) 事業の目的

社会福祉法人春秋会が開設する好日苑ヘルパーステーション(以下「事業所」という。)が行う、指定訪問介護事業(以下「事業」という)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項を定め、事業所の介護福祉士または、訪問介護員研修の修了者(以下「訪問介護員等」という)が、要介護状態にある高齢者に対し、適切な指定訪問介護サービスを提供する事を目的とする。

(2) 運営方針

1. 事業所の訪問介護員等は、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事ができるよう、入浴・排泄・食事の介護、その他生活全般にわたる援助を行う。
2. 事業の実施にあたっては、関係行政組織・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るものとする。

4 主なサービスの内容 (保険適用)

	種類	内容
身体介護	食事介助	自力で食事摂取が困難な方の食事の介助を行います
	入浴介助	入浴や洗髪、洗面の介助または、入浴が困難な方の清拭等を行います
	排泄介助	排泄の介助、オムツ交換を行います
	服薬介助	服薬介助及び服薬確認を行います
	体位変換 起床、就寝介助	体位変換や起床及び就寝介助を行います
	更衣・身体整容介助	洗面等日常的な行為としての身体整容介助や更衣の介助を行います
	移動・移乗介助	歩行や車いすでの移動、車いすへの移乗介助を行います
	通院・外出介助	歩行や車いす、交通機関での通院、受診の手続きを行います (院内介助は特別な理由がない場合は行えません)
	自立生活支援の 為の見守りの援助	安全を確保しつつ、常時介助できる状態で行う見守り等
生活援助	買物	日常生活に必要となる物品の買物を行います (預・貯金の引き出しや預け入れ、利用者以外の方の買物は行う事ができません)
	調理	利用者の食事の用意を行います (利用者以外の方の調理は行う事ができません)
	掃除	利用者の居室の掃除を行います (普段使用していない居室、利用者以外の方の居室、庭等の敷地の掃除は行う事ができません)
	洗濯	利用者の衣類等の洗濯を行います (利用者以外の方の洗濯は行う事ができません)
	相談	介護・援助内容相談、生活相談等
	その他	薬の受け取り、動作の促しや声かけ等

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話でお申し込み下さい。

個別サービス計画の作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

- ※ 居宅サービス計画の作成を依頼されている場合は、事前に居宅介護支援専門員とご相談下さい。

(2) サービスの中止、変更、追加

訪問介護サービスの中止または変更、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。ご希望の方は居宅介護支援専門員へご相談下さい。

(3) サービスの終了

① 利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の2営業日までにお申し出下さい。

② 事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足など、やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、1ヵ月前までにお知らせいたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても自動的に契約を終了いたします。

- ・ 利用者の要介護認定区分が非該当(自立)または、要介護と認定されたとき
- ・ 利用者が亡くなったとき
- ・ 利用者の所在が2週間以上不明になったとき

④ その他

- (1) 利用者が、事業者を支払うべき利用者負担金を2ヶ月分以上滞納した場合、事業者は10日以上期間を定めて、期間満了までに利用料を支払うよう催告します。

利用者が、期間満了までに利用料を支払わない場合、また、利用者やその家族等が当事業者や事業所のサービス従業者に対して、本契約を継続しがたい程の背信行為を行った場合は、文章で通知することにより、直ちに契約を終了させていただきます。

- (2) 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やその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、直ちに契約を終了することができます。

6 利用料金

(1) 利用者負担金

介護保険の適用がある場合は、収入に応じ、原則として利用料金の1割もしくは2割、もしくは3割が利用者負担金となります。

ただし、介護保険の適用がない場合や介護保険での給付の範囲を超えたサービス費は、利用者の全額負担となります。また、保険料の滞納などにより、1割もしくは2割、もしくは3割の「利用者負担金」で利用できなくなる場合は、一旦サービス費全額をお支払いいただき、後日、保険者から保険給付分の払い戻しを受ける手続きが必要となります。

【サービス費（8:00～18:00）】

＜訪問介護サービス1割負担金 ※処遇改善加算含む＞（要介護1～5）

身体介護（1回の利用者1割負担金）				
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30分未満	1時間 30分 以上 (30分増す毎に)
193円	289円	459円	670円	96円 加算

生活援助（1回の利用者 1割負担金）	身体+生活
生活援助 2 20分以上45分未満	生活援助 3 45分以上
212円	サービスの組み合わせにより 利用料金が異なりますので、 利用票にてご確認ください

＜加算＞

初回加算	232円 (初月1回のみ)	新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、サービス提供責任者がサービスの提供を行った場合、または訪問介護員に同行訪問した場合に初回時のみ加算されます。
生活機能向上 連携加算	(I) 117円 / 月	訪問リハ・通所リハ・リハビリ実施医療提供施設のPT・OT・ST、Drからの助言を受ける事ができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画書を作成した場合に加算されます。
介護職員 処遇改善加算	(I) 13.7%	厚生労働大臣が定める基準に適合し、介護職員の賃金改善を実施している事を都道府県知事に届け出ている事業所ですので、所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数が加算されます。

※上記利用者負担金は、1ヶ月の合計単位数×介護職員処遇改善加算(I)13.7%(1円未満四捨五入)で算出した単位数を1ヶ月の合計単位数に加えた総単位数に地域加算10.21(1円未満切捨て)乗じた金額の1割(1円未満切り上げ)を記載しております。

※早朝(午前6時～午前8時)・夜間(午後6時～午後10時)は25%増しとなります。

深夜(午後10時～午前6時)は50%増しとなります。

※上記料金算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、利用者の居宅サービス計画に定められた目安の時間を基準とします。

※やむを得ない事情で、かつ、利用者の同意を得て2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。

(2) 交通費

1の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域の方で事業所から請求があったときは、交通費の実費をお支払いいただきます。

(3) その他

サービスの実施に必要な利用者宅の水道、ガス、電気、電話代、外出介助時の訪問介護員の交通費(バスや電車代等)の費用は、利用者の負担となります。

7 キャンセル料

利用日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用日の前日までに申し出がなかった場合(当日のキャンセル等)	一回につき1000円

キャンセルが必要となったときは至急ご連絡ください。

連 絡 先	093-474-2288
--------------	---------------------

※直通ではない為、必ずヘルパーを利用している事、氏名はフルネームでお伝え下さい。

- (1) 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止や変更希望の申し出をされた場合、ヘルパー訪問時にご利用者不在の場合は、理由に関係なく、キャンセル料として上記の料金をお支払いいただきます。
- (2) サービスの変更・追加の申し出に対して、訪問介護員の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

8 社会福祉法人による利用者負担軽減制度

下記の対象者要件をすべて満たされている方は、社会福祉法人が行う介護サービスの利用者負担金を申請により軽減できる制度があります。

詳しくは住所地の区役所「介護保険係」へお問い合わせください。

<対象となるサービス>

- ・ 訪問介護(ホームヘルプサービス)
- ・ 短期入所生活介護(ショートステイ)
- ・ 通所介護(デイサービス)
- ・ 介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)など

対 象 者	利用者負担上限額
老齢福祉年金受給者で一定の要件を満たす人	2分の1
収入が年150万円以下の人などで一定の要件を満たす人	4分の1

9 利用者負担金のお支払い方法

事業者は、当月の利用者負担金の請求書に明細を付して、翌月10日までに利用者に請求し、利用者は、翌月末日までに次のいずれかの方法により支払います。

事業者は、利用者から利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

(金融機関振込み先)

- 現金払い
- 金融機関振込み
- 口座からの引き落とし
(Qネット・郵貯銀行)

西日本シティ 銀行		曾根支店
普	口座名義人	社会福祉法人 春秋会 特別養護老人ホーム 好日苑 理事長 渡辺 英雄
	口座番号	0679182

10 サービス利用に関する留意事項

(1) サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供いたします。

(2) 身分証明書

訪問介護員は、常に身分証明証を携帯しておりますので、必要な場合はいつでもその提示を求めて下さい。

(3) 訪問介護員の交替

① 利用者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業所に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。ただし、利用者から特定の訪問介護員の指名はできません。

② 事業所からの訪問介護員の交替

事業所の都合により、訪問介護員を交替する場合は、利用者及びその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するものとします。

(4) サービス実施時の留意事項

① 定められた業務以外の禁止

利用者は「当事業者が提供するサービス」で定められたサービス以外の業務を事業所に依頼することはできません。

② 訪問介護サービスの実施に関する指示・命令

訪問介護サービス実施に関し、訪問介護員への指示・命令はすべて事業者が行います。ただし、事業者はサービスの実施にあたって利用者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

(5) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、ご契約者に対する訪問介護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。

① 医療行為

② 利用者もしくはその家族等からの金銭または高価な物品の授受

③ 利用者の家族等に対するサービスの提供

④ 利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

⑤ その他、利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為

11 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化などがあった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、家族、居宅介護支援事業所などへ連絡をします。

12 個人情報の取り扱い

法人が所有する利用者等の個人情報に関し適正かつ適切な取扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、個人情報を保護します。

13 秘密保持

事業者及び事業者の使用する者は、サービスを提供するうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由無く第三者に漏らしません。

なお、この守秘義務は、契約終了後、及び職員退職後も同様です。

14 相談窓口、苦情対応

★サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所 ご利用相談室	窓口担当者	北村 裕予 (管理者・サービス提供責任者) 木村 章子 (サービス提供責任者)
	ご利用時間	平日 午前9時～午後5時
	ご利用方法	①電話 093-474-2288 ②e-mail : koujitsu@mc.newweb.ne.jp ③面接 上記時間にご来苑下さい。

第三者委員	氏名	豊田 和子
	住所	〒800-0217 小倉南区下曾根4-18-20
	電話番号	093-471-4181
	氏名	古谷 ひとみ
	住所	〒800-0220 小倉南区曾根新田南2-3-1
	電話番号	093-472-1160
	氏名	山口 幸子
	住所	〒800-0223 小倉南区上曾根5-10-13
	電話番号	093-472-4349
第三者委員に直接申し出ることができます。 各階に「ご意見箱」を設置しています。 (第三者委員が施設訪問日に開錠し中身を閲覧します。)		

★ 次の公的機関においても苦情申し出ができます。

小倉南区役所 保健福祉課 介護保険係	所在地 電話番号 FAX 対応時間	北九州小倉南区若園5-1-2 093-951-4111(内線472) 093-923-0520 平日 午前8時30分～午後5時
福岡県国民健康保険 団体連合会(国保連) 介護保険課 介護サービス相談係	所在地 電話番号 FAX 対応時間	福岡市博多区吉塚本町13番47号 092-642-7859 092-642-7857 平日 午前9時～午後5時
福岡県 社会福祉協議会 福岡県運営適正化 委員会 事務局	所在地 電話番号 FAX 対応時間	福岡県春日市原町3-1-7 クローバープラザ4階(東棟) 092-915-3511 092-915-3512 午前9時～午後5時

15 事故発生時の対応

- ① 利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者の係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。
- ② 事故の状況及び事故に際してとった処置を記録します。
- ③ 利用者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、弊社が加入している保険内で損害賠償致します。

(損害賠償責任保険)

保 険 会 社	東京海上火災保険株式会社
保 険 内 容	居宅介護事業者 賠償責任保険 ・ 事業所の活動の遂行中、または遂行の結果に起因する対人・対物事故 ・ 被保険者が使用・管理する他人の財物の破損・紛失詐取・盗取など

16 提供する〔訪問介護〕サービスの内容と利用者負担金

(1) 提供するサービス内容は次のとおりです。

区分	曜日	提供時間	サービス内容	介護保険適用
1	木	11:00 ~ 12:00	身体1生活1	有・無
2				有・無
3				有・無
4				有・無
5				有・無
6				有・無
7				有・無

(2) 利用者負担金は、1ヶ月ごとにお支払いいただきます。

お支払いいただく利用者負担金は、概ね次のとおりです。

区分	算定根拠			介護保険 適用	利用料金 (10割)	利用者負担金 (1割)
	所定単位	処遇改善加算 13.7%の単位	地域加算			
1	315 単位	43 単位	10.21	有・無	3,655 円	366 円
2	単位	単位		有・無	円	円
3	単位	単位		有・無	円	円
4	単位	単位		有・無	円	円
5	単位	単位		有・無	円	円
6	単位	単位		有・無	円	円
7	単位	単位		有・無	円	円
合 計 (1週)					3,655 円	366 円
利用者負担金 1割 1ヶ月(4週)あたり、約 1,464円程度のお支払いとなります						

訪問介護サービスの提供開始にあたり、本書面に基づき、利用者およびその家族へ重要事項の説明を行い、重要事項説明書を交付しました。

令和 年 月 日

【 事業所 】

所在地 北九州市小倉南区曾根新田北3丁目2番1号

社会福祉法人 春秋会

事業所名 好日苑 ヘルパーステーション

代表者名 管理者 北村 裕予 印
(指定番号 4070501137)

【 説明者 】

所 属 好日苑ヘルパーステーション

説明者氏名 サービス提供責任者 北村 裕予 印

説明者氏名 サービス提供責任者 木村 章子 印

私は、訪問介護サービスの利用開始にあたり、本書面に基づき、事業所から重要事項の説明を受け、その内容に同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

令和 年 月 日

【 利用者 】

住 所

氏 名

印

【 利用者代理人(選任した場合) 】

住 所

氏 名

印