

# 訪問介護 重要事項説明書

<令和元年10月1日現在>

## 1 事業所（ステーション）の概要

### (1) 提供できるサービスの地域と種類

事業所名	ケアハウス <small>こうじつえん</small> 好日苑ヘルパーステーション	
所在地	北九州市門司区大里戸ノ上4丁目1番40号	
管理者の氏名	太田 里美	
電話番号	093-391-2277	
FAX番号	093-391-2278	
サービス（介護保険指定番号）	サービスを提供する地域	
訪問介護（4070101029号）	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) 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計	業務内容
管理者	介護福祉士	1		1	運営管理
サービス提供責任者	介護福祉士	2		2	・訪問介護計画書作成 ・ヘルパースケジュール管理 ・ヘルパー業務
訪問介護員	介護福祉士 2級ヘルパー	2	3 6	11	ヘルパー業務 (訪問介護) (身体介護) (生活援助)
合計		5	9	14	

### (3) サービス提供の時間帯

営業日	営業時間帯
平日	8:30~17:00
土・祝日	8:30~17:00

※ 上記時間以外でもご希望の方はご相談ください。

## 2 事業の目的と運営方針等

### (1) 事業の目的

第1条 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「ステーション」という）が行う指定訪問介護の事業（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、ステーションの介護福祉士又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事業を提供する事を目的とする。

### (2) 運営方針

第2条 1. ステーションの訪問介護員等は、要介護者等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、外出・入浴・排泄・食事の介護、その他の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。

### (3) サービスの特徴

事 項	内 容
ヘルパーの変更	変更を希望される方はお申し出ください
従 業 員 研 修	年 1 回以上、処遇の研修を行っています。
サービスマニュアルの作成	マニュアルに基づいてサービスを提供します。
ヘルパー会議	定例会議月 1 回 ※必要時別途開催

## 3 サービスの内容

		種 類	内 容 ・ 手 順	保険適用
訪問介護	身体介護	食事介助	食事の準備、食事の介助、後片付け等	有り
		入浴介助	入浴準備、入浴介助、後片付け等	有り
		排泄介助	トイレ誘導、おむつ交換、後片付け等	有り
		清 拭	身体清拭準備、身体清拭、後片付け等	有り
		その他	転倒防止の見守り・声かけ・促し等	有り
	生活援助	買 物	買物同行、買物代行	有り
		調 理	食事の準備、配膳、下膳	有り
		掃 除	居室清掃・整理	有り
		洗 濯	洗濯・洗濯干し・洗濯取り入れ	有り
		相 談	介護・援助内容相談、生活相談等	有り
		その他	動作の促しや声かけ等	有り

## 4 利用者負担金

### (1) ①利用者負担金（1割負担）

介護保険の適用がある場合は、料金表のサービス費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、事業者が別に設定した全額が利用者の負担となります。

#### 【 サービス費 】

##### < 訪問介護 >

初回加算	205 円
------	-------

※初回に実施する訪問介護にサービス提供責任者が支援、又は訪問介護員が支援を行う際にサービス提供責任者が同行訪問した場合並びに過去2ヶ月以上当該訪問介護事業所から訪問介護を受けておらず新規に作成された居宅サービス計画書に基づき訪問介護計画書を作成し訪問した場合に発生するものです。このお支払いは訪問介護を利用開始月のみであり、月額利用料と併せてご負担いただきます。

##### < 訪問介護 [ 8:00~18:00 ] >

#### ( 要介護 1 ~ 5 )

身体介護	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間半以上 (30分増ごとに)
	170円	255円	404円	85円 加算
	緊急時訪問介護加算		103 円 / 回	
生活援助	20分以上 45分 未満		45分以上	
	186円		229円	

#### 【介護職員処遇改善加算Ⅰ】

(利用単位数合計の13.7%×10.21) 円

#### 【介護職員処遇改善加算Ⅱ】

(利用単位数合計の10.0%×10.21) 円

- ※ 利用者負担金の上記金額は、合成単位数に10.21を乗じた金額（1円未満切捨て）の1割（1円未満切り上げ）を記載しております。
- ※ 介護保険での給付の範囲を超えたサービスの利用料金はお客様の10割負担となります。

- ※ 早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）は25%増し、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、お客様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、お客様の同意を得て2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。
- ※ 緊急時訪問介護加算とはお客様並びにその家族の方からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り、ケアマネジャーが必要と認めたときに、サービス提供責任者又はその他の訪問介護員がサービス計画にない訪問介護（身体介護に限る）を行った場合、別途ご負担いただく料金となります。

(2) 介護保険以外のサービスについて

介護保険の適用とならないサービスについては、相談に応じたうえで提供できますが、利用料金は上記の介護保険適用料金表の全額負担となります。

(3) 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者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くことがあります。

また、公共の交通機関を利用した場合や、都市高速道路等の有料道路、また病院付添等の時に発生する駐車場料金等はお客様の実費負担となり、その時にお支払していただきます。

②利用者負担金（2割負担）

【 サービス費 】

< 訪問介護 >

初回加算	409 円
------	-------

< 訪問介護 [ 8:00～18:00 ] >

( 要介護 1 ～ 5 )

	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間半以上 (30分増ごとに)
身体介護	339円	509円	807円	170円 加算
	緊急時訪問介護加算		205 円 / 回	
生活援助	20分以上 45分 未満		45分以上	
	372円		458円	

【介護職員処遇改善加算Ⅰ】

(利用単位数合計の13.7%×10.21) 円

【介護職員処遇改善加算Ⅱ】

(利用単位数合計の10.0%×10.21) 円

③利用者負担金（3割負担）

【 サービス費 】

< 訪問介護 >

初回加算	613 円
------	-------

< 訪問介護 [ 8:00~18:00 ] >

( 要介護 1 ~ 5 )

	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間半以上 (30分増ごとに)
身体介護	509円	763円	1,210円	255円 加算
	緊急時訪問介護加算		307 円 / 回	
生活援助	20分以上 45分 未満		45分以上	
	558円		687円	

【介護職員処遇改善加算Ⅰ】

(利用単位数合計の13.7%×10.21) 円

【介護職員処遇改善加算Ⅱ】

(利用単位数合計の10.0%×10.21) 円

(4) 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7日までに利用者に請求し、利用者は、翌月16日までに次のいずれかの方法により支払います。

- 現金払い
- 自動口座引き落とし

西日本シティ銀行		門司駅前支店
普通	口座名義人	ケアハウス好日苑
	口座番号	1411616

(5) 領収書の発行

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。

(6) 事故が発生した場合

サービス中、事故が発生し、お客様にケガやその他の損害を与えた場合は、弊社が加入している保険内で損害賠償致します。(6頁 項目10別途記載)

(7) 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、電話等の費用は、お客様の負担となります。買物等で、お預かりいたしましたお金に関しましては出納帳にて管理させていただき定期的に確認印をお願いいたします。

## 5 キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合、次のキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の2営業日前までに連絡があった場合	無 料
利用日の1営業日前までに連絡があった場合	利用者負担金の 50%
利用日の1営業日前までに連絡がなかった場合	利用者負担金の100%

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	093-391-2277
-----	--------------

## 6 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、ご家族、介護支援事業者などへ連絡をします。

## 7 個人情報の公開について

私達は、お客様と面談等を行った後、お客様に良いサービスを提供するために社内ミーティング等に於いて、担当するヘルパーやサービス提供責任者、管理者に、お客様の心身の状況や家族構成、病歴等の個人情報を報告させていただきます。他の事業者との打合せに際しても同様です。

また、手順書等作成いたします関係上、ご自宅の階段や居室等の写真撮影をお願いする事もございます。

## 8 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。

## 9 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	太田里美(管理者) 肱岡知子(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 093-391-2277 ②面接 上記時間内にお越し下さい

★公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

門司区役所 保健福祉課 介護保険担当	所在地 北九州門司区清滝1丁目1番1号 電話番号 093-331-1881 (内472) F A X 093-321-4802 対応時間 平日 午前8時30分～午後5時
小倉北区役所保健福祉課 介護保険担当	所在地 北九州市小倉北区大手町1番1号 電話番号 093-582-3433 F A X 093-562-1382 対応時間 平日 午前8時30分～午後5時
小倉南区役所保健福祉課 介護保険担当	所在地 北九州小倉南区若園5丁目1番2号 電話番号 093-951-4111 (内472) F A X 093-923-0520 対応時間 平日 午前8時30分～午後5時
若松区役所保健福祉課 介護保険担当	所在地 北九州市若松区浜町1丁目1番1号 電話番号 093-761-5321 (内472) F A X 093-751-2344 対応時間 平日 午前8時30分～午後5時
八幡東区役所保健福祉課 介護保険担当	所在地 北九州市八幡東区中央1丁目1番1号 電話番号 093-671-0801 (内472) F A X 093-662-2781 対応時間 平日 午前8時30分～午後5時
八幡西区役所保健福祉課 介護保険担当	所在地 北九州市八幡西区黒崎3丁目15番3号 電話番号 093-642-1441 (内472) F A X 093-642-2941 対応時間 平日 午前8時30分～午後5時
戸畑区役所保健福祉課 介護保険担当	所在地 北九州戸畑区千防1丁目1番1号 電話番号 093-871-1501 (内472) F A X 093-881-5353 対応時間 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 介護サービス相談担当	所在地 福岡市博多区吉塚本町13番47号 電話番号 092-642-7859 F A X 092-642-7857 対応時間 平日 午前8時30分～午後5時

## 10 事故発生時の対応、損害賠償責任保険

サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに市町村、ご家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。尚、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

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 ・ 事業者の活動の遂行中、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

## 11 事業者（本社）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 春秋会（しゅんじゅうかい）
代表者名	理事長 渡辺 英雄
本社所在地・連絡先	所在地 北九州市門司区大里戸ノ上4丁目1番40号 電話番号 093-391-2277 FAX 093-391-2278
サービスの種類（介護保険指定番号）	サービスを提供する地域
特定施設入所者生活介護事業所(4070101037号)	限定なし
通所介護(4070101045号)	北九州市
居宅介護支援事業所(4070101052号)	北九州市

令和 年 月 日

訪問介護サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

<事業者>

所在地 北九州市門司区大里戸ノ上4丁目1番40号

事業者名 ケアハウス好日苑ヘルパーステーション

管理者 太田 里美 印  
(指定番号 4070101029 )

<説明者>

所属 ケアハウス好日苑ヘルパーステーション

氏名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から訪問介護サービスについて重要事項説明を受けました。

<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