

訪問介護重要事項説明書

<2023年4月1日現在>

1. 当天神町ヘルパーステーションが提供するサービスについての窓口

電話 0248-27-4030

担当 安部 和佳子 高村 陽子 鈴木 美里 藤田 恵里

月～金（午前8：30～午後5：30）

祝祭日・年末年始と土日は、転送電話での対応となります。

※ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 社会福祉法人 くわの福祉会 天神町ヘルパー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	社会福祉法人 くわの福祉会 天神町ヘルパーステーション
所在地	白河市勘定町22
介護保険指定番号	指定番号 0770500247
サービスを提供する地域※	白河市区域（大信・東・表郷エリアを除く）

※ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
サービス提供責任者兼管理者	介護支援専門員 介護福祉士	1名		・訪問介護事業の統括 ・職員の指揮監督	1名
サービス提供責任者	介護福祉士	3名		・訪問介護計画関係を中心とする業務 ・サービス内容の管理 ・訪問介護員の資質向上・指導育成	3名
従業者	2級修了者		13名	・訪問介護の業務	13名

(3) サービスの提供時間帯

	通常時間帯 8:00~18:00	早朝 6:00~8:00	夜間 18:00~21:30	備考
終日	○	○	○	

※時間帯により料金が異なります。

3. サービス内容

1. 身体介護	1. 食事介助 2. 服薬介助 3. 排泄介助 4. おむつ介助 5. 陰部洗浄 6. 入浴介助 7. 洗髪 8. 部分浴 9. 全身清拭 10. 部分清拭 11. 清潔整容 a. 洗顔・顔拭き b. 髪の手入れ c. 爪切り・耳掃除 d. ひげ剃り 12. 体位交換 13. 衣服の着脱介助 14. 通院介助 15. 車椅子介助 16. 移動・移乗介助 17. 歩行介助 18. 口腔ケア 19. 義歯洗浄 20. 相談助言 21. その他
2. 生活援助	1. 洗濯 2. 掃除 3. 買い物 4. 調理 5. 食事の後片付け 6. 衣類の補修・整理 7. シーツ交換 8. 寝具干し 9. 寝室の整理 10. 相談・援助 11. その他

4. 利用料金

(1) 利用料

お支払いいただく料金は下記の料金の負担割合に応じた金額となります。

※1 割負担の方は、①本人の合計所得金額が160万円未満。②年金収入＋その他の所得の合計が280万円未満（単身世帯）。夫婦世帯の場合346万円未満

※2 割負担の方は、①本人の合計所得金額が160万円以上220万円未満。②年金収入＋その他の所得の合計が280万円以上（単身世帯）。夫婦世帯の場合346万円以上

※3 割負担の方は、①本人の合計所得金額が220万円以上。②年金収入＋その他の所得の合計が340万円以上（単身世帯）。夫婦世帯の場合463万円以上

但し介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

【料金表－基本料金・昼間－】

身体介護

30分未満	30分～ 1時間未満	1時間～ 1時間30分	1時間30分以上 (30分増すごとに)
2,500円	3,960円	5,790円	840円を追加

生活援助

20分以上45分未満	45分以上
1,830円	2,250円

身体介護＋生活援助

	20分以上45分未満	45分以上70分未満	70分以上
--	------------	------------	-------

身体介護基本料金	+ 670円	+ 1,340円	+ 2,010円
----------	--------	----------	----------

※ 基本料金に対して、早朝（午前6時から午前8時）・夜間（午後6時～午後9時30分）帯は25%増しとなります。

※ 上表の料金設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（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。

※ 身体介護を2人体制で提供する場合、別途定められた料金となります。

※ 初回加算：新規利用者に対しサービス提供責任者が、初回の訪問介護を行った場合、又は他の訪問介護員が訪問を行う際に同行訪問した場合、個人負担、初回訪問のみ200円の加算となります。

※ 緊急時訪問介護加算：利用者やその家族からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネージャーと連携を図り、ケアマネージャーが必要と認めた時に、サービス提供責任者又はその他の訪問介護員等が居宅サービスにない訪問介護（身体介護）を緊急に行った場合、緊急時加算として1回100円の加算となります。

※ 特定事業所加算Ⅱ：所定単位数の10%の加算となります。

（本人は1%の負担となります。）

①すべての訪問介護員等に対して個別の研修計画を作成し研修実施又は実施を予定していること。

②利用者に関する情報、サービス提供の留意事項の伝達または訪問介護員等の技術指導を目的とした介護を定期的で開催すること。サービス提供責任者が、訪問介護員等に利用者に関する情報やサービス提供の留意事項を文書等の確実な方法で伝達してから開始し、終了後、適宜報告を受けていること。

③すべての訪問介護員等に対し、健康診断等を定期的の実施している事。

④緊急時における対応方法が利用者に明示されていること。

⑤すべてのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する者であること。ただし居宅サービス基準上、1人を超えるサービス提供責任者を配置しなければならない事業所については、2人以上のサービス提供責任者が常勤であること。

上記の算定要件を満たされたため今回特定事業所加算Ⅱを取得しています。

* 尚、上記を1項目でも満たさない場合加算請求できなくなります。

※ 介護職員処遇改善加算Ⅰ：所定単位数に13.7%の加算

※ 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ：所定単位数に6.3%の加算

※ 介護職員等ベースアップ等支援加算：所定単位数に2.4%の加算

（上記加算を合わせて合計22.4%の加算となります）

（2）交通費

前記2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は、指定市域の境界線から1キロメートル毎に20円となります。

(3) キャンセルについて

訪問のキャンセルがある場合、事前に連絡をお願い致します。

TEL 27-4030

訪問後のキャンセルが無いようご協力ください。尚、訪問後のキャンセルが頻繁な場合、サービス提供をお断りする場合があります。

(4) その他

①利用者の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用は利用者のご負担になります。

②料金のお支払い方法

毎月、20日までに前月分の請求を致しますので、30日以内にお支払いください。

お支払いいただきますと、領収書を発行します。

お支払い方法は、口座自動引き落とし、現金集金のどちらかからご契約の際に選べます。口座引き落としは、請求月の27日になります。領収書は翌月引き落とし確認後の発行となります。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、担当の介護支援専門員にご相談ください。当ヘルパー事業所に依頼があった後、電話連絡により日程調整し当職員が訪問させていただきます。

訪問の際、重要事項説明書・契約書の説明と利用者様の身体状況や生活状況に関しての聞き取り調査をさせていただきます。

利用者様の納得の上、契約締結後、サービス提供を開始させていただきます。

サービスの提供に関しては、「居宅サービス計画書」を元に「訪問介護計画書」を作成の上、計画書に沿ったサービスを提供させていただきます。

(2) サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

担当の介護支援専門員に申し出て下さい。介護支援専門員より連絡が届きます。

② 当ステーションの都合でサービスを終了する場合

人員不足等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ございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知が無くても、自動的にサービスの提供を終了いたします。

・利用者が介護保険施設に入所した場合

・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、支援1、支援2、非該当（自立）と認定された場合

※この場合、第1号訪問事業で再度契約することができます。

- ・利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・当ステーション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、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行なった場合、また社会福祉法人くわの福祉会が解散した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが当ステーションや当ステーション従業員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

6. サービスの提供の記録

- (1) 当ステーションは、訪問介護の実施ごとに、サービスの内容等を報告書に記入し、サービスの終了時に利用者の確認を受けることとします。利用者の確認を受けた後、その控えを利用者に交付します。
- (2) 当ステーションは、サービス提供記録を作成することとし、この契約の終了後5年間保管します。
- (3) ご利用者は、自分に関する第1項のサービス実施記録の閲覧、複写物の交付を求めることができます。
- (4) ご利用者の代理者等が当該利用者の1項のサービス実施記録の閲覧、複写物の交付を求める場合は、個人情報管理規程第14条に基づき対応するものとします。
- (5) ご利用者が重度の障がい等により利用者本人の意思が確認できないときは、個人情報管理者、または、必要に応じて個人情報管理委員会の指示のもと速やかに必要な対応を行ないます。

7. 当ステーションの訪問介護サービスの特徴

(1) 基本理念と運営方針

当ステーションの訪問介護の事業は、法人の理念である「安心」「安全」「納得」でできるサービスの提供により、利用者の皆様が住み慣れた地域で安心して生活できるよう支援いたします。

訪問介護員は、食事、入浴、排泄等身体的介護や、調理、掃除、洗濯等家事援助など生活全般にわたる様々な援助を行ないますが、そのすべての援助は利用者が居宅でその能力に応じて自立した生活を目指すものです。

援助にあたっては要介護者等の心身の状況等に応じた適切なサービスが提供できるように、訪問介護計画書を作成し、訪問介護員一同が共通認識のもとチームケア実現に向けて努力いたします。

(2) サービス利用上、下記の通りとなっています。

事 項	有無	備 考
訪問介護員（ホームヘルパー）の変更	○	変更希望される方はお申し出ください。協議の上調整します。
男性訪問介護員（ホームヘルパー）の有無	×	
サービス従事者への研修の実施	○	毎月、勉強会を実施し資質向上を図ります。各種研修にも参加しています。
サービスマニュアルの作成	○	
その他	○	利用者並びにその家族に対し、満足度の調査を行います。（年1回）

8. 緊急時・事故発生時の対応

(1) サービス提供中に病状の急変があった場合

当事業所に報告をし、事前の打ち合わせにより家族または緊急連絡先に連絡をするとともに救急隊の要請や主治医の確認などを行います。又その内容に関して速やかに担当介護支援専門員に報告をします。

(2) サービス提供中に事故が発生した場合

上記の(1)の内容を実施します。また重大な事故となった場合はその内容を各市町村に報告をします。

9. 秘密保持

(1) 当ステーションおよび従業員は、個人情報管理規程第9条、第11条3項に基づき、正当な理由がない限り、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族または身元引受人に関する秘密を漏らしません。

(2) 当ステーションは、従業員が退職後、在職中に知り得たご利用者、ご利用者家族または代理者等の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。

(3) 当ステーションは、利用者の個人情報を用いる場合は利用者様から、利用家族の個人情報を用いる場合は利用者家族様、それぞれ予め文書で同意を得ます。

10. サービス内容に関する苦情

(1) 当ステーションのご利用者相談・苦情担当窓口

電話 0248-27-4030 受付時間 月～金曜日 10時～17時

・相談・苦情受付担当 : 安部 和佳子・高村 陽子・鈴木 美里・藤田 恵里

・苦情解決責任者 : 安部 和佳子 (所長)

【Tel0248-31-2540】

・第三者委員 : 織井 希江 (くわの福祉会後援会事務局)

【Tel024-962-3951】

齋藤 征男 (元行政職員)

【Tel024-938-3520】

先崎 伍郎 (元くわの福祉会理事)

【Tel080-5736-5603】

東瀬 聖子 (きよこ) (ケアハウス利用者)

【Tel024-962-3939】

(2) 第三者評価等の有無

第三者評価 : 無

(3) その他

当ステーション以外に、市または県の相談・苦情窓口等に苦情を伝える事ができます。

白河市 高齢福祉課 介護保険係 【Tel0248-22-1111】

福島県 福島県国民健康保険団体連絡会 【Tel024-528-0040】

11. 当法人の概要

(1) 名称・法人種別 社会福祉法人 くわの福祉会

(2) 代表者役職・氏名 理事長 多勢 芳朗

(3) 所在地・電話番号 郡山市大槻町字西勝ノ木 5-1

電話 024-962-3939

12. その他

利用者のご希望に沿えるよう適宜協議します。

13. 記載内容の基準日

2023年4月1日

年 月 日

訪問介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所

所在地 白 河 市 勘 定 町 2 2
名 称 社 会 福 祉 法 人 く わ の 福 祉 会
天神町ヘルパーステーション
管理者 安部 和佳子 印

説明者 サービス提供責任者
氏 名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業所から訪問介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者家族

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印