

社会福祉法人尾瀬長寿会

桜花苑ヘルパーステーション

訪問介護 重要事項説明書

訪問介護の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次の通り説明します。

1 事業の目的と運営方針

社会福祉法人尾瀬長寿会（以下「事業者」という。）が開設する訪問介護桜花苑ヘルパーステーション（以下「事業所」という。）は、介護保険法令に従い、事業所の従業者等（以下「従業者」という。）が要介護状態と認定された利用者に対し、その利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、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ことを目的とします。また、事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健医療・福祉サービスを提供する者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。

2 事業者（法人）の概要

事業者（法人）	社会福祉法人尾瀬長寿会
所在地	〒378-0406 群馬県利根郡片品村大字摺淵340番地
代表者	理事長 星野 恵美子
設立年月日	平成8年8月5日
電話番号	0278-58-4010

3 事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所	桜花苑ヘルパーステーション
指定番号	1082700012
所在地	〒378-0406 群馬県利根郡片品村大字摺淵340番地
管理者	星野 恵美子
開設年月日	平成10年4月17日（平成23年3月25日 基準該当指定）
電話番号	0278-58-4010
FAX番号	0278-58-4015
メールアドレス	zbg22040.park@orange.zero.jp
サービス提供地域	片品村内

(2) 事業所の従業者体制

	職務の内容	員数
管理者	業務の一元的な管理	1名
サービス提供責任者	訪問介護員に対する技術指導、訪問介護計画の作成	1名以上
訪問介護員等	日常生活に必要な支援及び介護	常勤換算 2名以上
その他の従業者		必要数

(3) 営業日等と定員

営業日	月曜日から土曜日まで（ただし1月1日～1月3日までを除きます）
営業時間	8時30分 ～ 17時30分
サービス提供	8：30から17：30（年中無休） ただし利用者から希望があった場合で、それに対応可能なときはこの限りではありません。

4 サービスの概要

(1) 介護保険給付対象サービス

次の訪問介護については、通常9割（～7割）が介護保険から給付されます。「5 利用料等」をご確認ください。

① 訪問介護計画の作成

ア 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、「居宅サービス計画（ケアプラン）」に沿って「訪問介護計画」を作成します。ただし、緊急に訪問介護が必要な場合は、居宅サービス計画等が作成される前であっても、訪問介護の提供はできます。

イ 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、訪問介護の目標を設定し、「訪問介護計画」に基づき訪問介護を計画的に行います。

ウ 利用者が書面により訪問介護の内容や提供方法等の変更を希望する場合、その変更が「居宅サービス計画」の範囲内で可能なときは、速やかに「訪問介護計画」の変更等の対応を行います。

エ 「訪問介護計画」の作成及び変更にあたっては、その内容を利用者及び代理人に対し、説明し同意を得て交付します。

② 身体介護

「排泄・食事介助」「清拭・入浴、身体整容」「体位変換、移動・移乗介助、外出介助」「起床及び就寝介助」「服薬介助」「自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助」などを行います。

③ 生活援助

「掃除」「洗濯」「ベッドメイク」「衣類の整理・被服の補修」「一般的な調理、配下膳」「買い物・薬の受け取り」など行います。

④ 通院等乗降介助

病院等に通う際に、車両への乗り降りを安全に行えるよう、介護職員が付き添い・介助を行います。また、必要に応じて目的地までの移動の補助も行います。

(2) 介護保険給付対象外サービス

事業所は、利用者又は代理人との合意に基づき、以下の介護保険給付対象外サービスを提供するものとします。

① 福祉有償運送サービス

自家用車を使用して、病院や役所、買い物などへの外出を希望する利用者を安全に送迎するサービスです。

② その他

5 利用料等

訪問介護を利用した場合の「基本利用料」は以下の通りです。お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料に利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額になります。ただし、支払方法が償還払いになる場合は、利用料の全額をお支払いいただきます。その場合、お支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。

(1) 基本部分（訪問介護費）

		合成単位数 (1単位10円)	費用額 〈10割〉	利用者負担額		
				1 割	2 割	3 割
身体介護	20分未満	179単位	1,790円	179円	358円	537円
※特定事業所加算Ⅱを含む	20分以上30分未満	268単位	2,680円	268円	536円	804円
	30分以上1時間未満	426単位	4,260円	426円	852円	1,278円
	1時間以上(30分を増すごとに加算)	624単位	6,240円	624円	1,248円	1,872円
生活援助	20分以上45分未満	197単位	1,970円	197円	394円	591円
※特定事業所加算Ⅱを含む	45分以上	242単位	2,420円	242円	484円	726円
① 20分未満の身体介護に引き続き生活援助を行った場合		71単位	710円	71円	142円	213円
② 20分以上の身体介護に引き続き生活援助を行った場合		～	～	～	～	～
※①は緊急時訪問介護加算を算定した場合に限る		72単位	720円	72円	144円	216円
※①②共に所要時間20分から起算して25分を増すごとに加算し、216単位を限度						
※特定事業所加算Ⅱを含む						
通院等のための乗降又は降車の介助（片道）		107単位	1,070円	107円	214円	321円
※特定事業所加算Ⅱを含む						

※特定事業所加算Ⅱ

介護福祉士の資格者等の配置、質の高いサービスを提供するための体制を構築している場合

(2) 加算・減算

要件を満たす場合には、上記の基本部分に料金が加算又は減算されます。

【加算・減算名】		単位数	費用額 〈10 割〉	利用者負担額		
				1 割	2 割	3 割
① 早朝・夜間加算		所定単位の 25%				
② 深夜の訪問加算		所定単位の 50%				
③ 特別地域訪問介護加算		所定単位の 15%				
④ 緊急時訪問介護加算		100 単位/回	1, 000 円	100 円	200 円	300 円
⑤ 初回加算（初回のみ）		200 単位	2, 000 円	200 円	400 円	600 円
⑥ 生活機能向上連携加算	（Ⅰ）	100 単位/月	1, 000 円	100 円	200 円	300 円
	（Ⅱ）	200 単位/月	2, 000 円	200 円	400 円	600 円
⑦ 口腔連携強化加算		50 単位/月	500 円	50 円	100 円	150 円
⑧ 認知症専門ケア加算	（Ⅰ）	3 単位/日	30 円	3 円	6 円	9 円
	（Ⅱ）	4 単位/日	40 円	4 円	8 円	12 円
⑨ 介護職員等処遇改善加算	（Ⅰ）	1 月につき所定単位の 24. 5%増				
	（Ⅱ）	1 月につき所定単位の 22. 4%増				
	（Ⅲ）	1 月につき所定単位の 18. 2%増				
	（Ⅳ）	1 月につき所定単位の 14. 5%増				

① 早朝・夜間加算

早朝（午前 6 時から午前 8 時）夜間（午後 6 時から午後 10 時）にサービスを行った場合

② 深夜加算

夜間（午後 10 時から翌朝 6 時）にサービスを行った場合

③ 特別地域訪問介護加算

豪雪地帯・特別豪雪地帯・辺地・過疎地域等であって、人口密度が希薄、交通が不便等の理由によりサービスの確保が著しく困難な地域の事業所に対して支給される

④ 緊急時訪問介護加算

担当の介護支援専門員と連携して、計画外の訪問介護を緊急に行う場合

⑤ 初回加算

新規の利用者等に対して訪問介護計画を作成し、サービス提供責任者がサービスを提供、または、サービス提供責任者が同行した場合

⑥ 生活機能向上連携加算

自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部のリハビリ専門職と連携し、訓練を実施した場合

⑦ 口腔連携強化加算

利用者の口腔状態を把握した上で、歯科医療機関・介護支援専門員に情報提供を行っている場合

⑧ 認知症専門ケア加算

認知症自立度①Ⅱ以上の利用者の割合が 50%以上の事業所、②Ⅲ以上の利用者の割合が 20%以上の事業所において、認知症介護実践リーダー研修修了者を①認知症自立度Ⅲ以上の者が 20 人未満の場合は 1 人以上、②20 人以上の場合は 10 人ごとに 1 人以上配置し、認知症に関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催している場合

⑨ 介護職員等処遇改善加算

介護職員のキャリアアップの仕組みの構築、職場環境改善の実施事業所に対して支給される

(3) その他の費用

交通費	(通常の事業の実施地域を越えて身体介護・生活援助サービスを行う場合) 300円/km
院内介助	病院内での介助(付き添い)を行う場合 500円/30分
緊急やむを得ない対応	緊急時の救急搬送や入院時の付き添い等を行った場合、その対応時間はサービス提供時間として計算し、費用は全額自己負担となります。 ※介護保険給付部分を除く
福祉有償運送利用料金	事前の登録により福祉有償運送を利用した場合 140円/km
複写物の交付	10円/枚
キャンセル料	計画に位置づけられた利用日を中止した場合には、次のキャンセル料を申し受けます。 ・利用前日までに連絡を頂いた場合 無料 ・利用当日に連絡を頂いた場合(連絡のない場合を含む) 利用全額の50%

6 利用料金のお支払方法

利用料は、1月ごとに計算し、翌月の15日までにご請求いたしますので、請求された月の末日までに、次のいずれかの方法でお支払いをお願いします。

- ① 利用者又は代理人の銀行口座からの自動引き落とし
- ② 指定口座への現金振込み

7 サービスの中止、変更、追加

① 利用予定日の前に、利用者又は代理人の都合により、訪問介護の利用を中止、変更、又は新たな訪問介護の利用を追加することができます。この場合には訪問介護の実施日の前日までに事業所に申し出てください。

② 利用予定日の前日までに申し出が無く、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として、5利用料等の(3)に記載の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、利用者

の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

- ② サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間に訪問介護の提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者又は代理人に提示して協議します。

8 代理人等について

- (1) 事業所では、契約締結に当たり、代理人及び身元保証人の設定をお願いしています。
- ① 代理人は、利用者のご家族又は縁故者若しくは成年後見人等の中から選任していただくものとします。
- ② 代理人は原則として連帯保証人を兼ねることとします。但し、事業所と代理人と協議の上、代理人とは別の者を連帯保証人とすることができるものとします。
- ③ 連帯保証人は身元保証人を兼ねるものとします。
- (2) 代理人の職務は、次の通りとします。
- ① 利用者に代わって又は利用者とともに、契約書第8条3項、第10条3項、第19条1項、第20条1項に定める解約・解除の意思表示及び手続き、その他利用者を代理して行う意思表示、事業所の意思表示や報告・通知の受領、事業所との協議等を行うこと。
- ② 利用者を代理して、又は利用者に代わって、サービス利用料等を支払うこと。
- (3) 連帯保証人の職務は次の通りとします。
- 利用者と連帯して、本契約から生じる利用者の債務を負担すること。
- (4) 身元保証人の職務は、次の通りとします。
- 利用契約が終了した後、事業所に残された利用者の所持品（残置物）を利用者自身が引き取れない場合の受取り及び当該受取り又は処分にかかる費用を負担すること。
- (5) 連帯保証人の負担する保証債務の内容は以下のとおりとします。
- ① 連帯保証人の負担は、極度額200,000円を限度とします。
- ② 連帯保証人が負担する債務の元本は、利用者、代理人又は連帯保証人が死亡したときに、確定するものとします。
- ③ 事業所は、連帯保証人から請求があったときは、遅滞なく、利用料等の支払状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。
- ④ 連帯保証人が死亡または破産手続開始決定を受けた場合、もしくは連帯保証人について成年後見が開始された場合は、利用者又は代理人は別の連帯保証人を選任するものとします。

9 サービス利用に当たっての留意事項

- (1) サービスご利用の際
- ① 利用者又は代理人は、体調の変化があった際には事業所の従業者にご一報ください。
- (2) 禁止行為
- 以下の行為につきましては、ご遠慮ください。
- ① 従業者に対し、ハラスメントその他の迷惑行為を行うこと
- ② 従業者に対する贈物や飲食のもてなし
- ③ 従業者に対する身体的・精神的暴力
- (3) 従業者の禁止行為
- サービス提供に当たって、従業者は以下の行為を行いません。

- ① 医療行為
- ② 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ 利用者の同居家族に対するサービス提供
- ④ 利用者の居宅での飲酒、喫煙
- ⑤ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

10 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡等をとるなど必要な措置を講じます。

11 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や非常災害の発生時に備え、利用者に対する指定サービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を作成し、従業者に対し業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を行います。

12 事故発生時の対応

訪問介護の提供により事故が発生した場合には、代理人、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

13 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に利用者及び代理人へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

14 高齢者虐待の防止、尊厳の保持

利用者の人権の擁護、虐待の防止のために、研修等を通して従業員の人権意識や知識の向上に努め、利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

利用者の人権及びプライバシーの保護、ハラスメントの防止等のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

15 守秘義務に関する対策

事業所及び従業者は、業務上知り得た利用者及び代理人の秘密を洩らさないことを厳守します。また、退職後においてもこれらの秘密を漏らさない旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

16 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

ご利用相談室 窓口担当者：高橋 恵美（サービス提供責任者）

ご利用時間：月～金曜日 8時30分～17時30分

ご利用方法 電話 0278-58-4010 メール zbg22040.park@orange.zero.jp

また、苦情受付ボックスを受付窓口に設置しています。

※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。

片品村役場保健福祉課

群馬県利根郡片品村大字鎌田3967-3番地

電話番号：0278-58-2115 FAX:0278-58-2110

受付時間：8時30分～17時15分（土日、祝日を除く）

群馬県国民健康保険団体連合会

群馬県前橋市元総社町355番地の8

電話番号：027-290-1376 FAX: 027-255-5077

群馬県社会福祉協議会

群馬県前橋市新前橋町13-12番地

電話番号：027-255-6033 FAX: 027-255-6173

※第三者委員 氏名 桑原 豊平

氏名 千明 勝

氏名 笠原 精作

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

17 損害賠償

当事業所において、事業所の責任により利用者に生じた損害については、事業所は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、損害の発生について、利用者又は代理人に故意又は過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業所の損害賠償責任を減じさせていただきます。

事業所は、自己の責めに帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業所は損害賠償責任を免れます。

- ① 利用者又は代理人が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ② 利用者又は代理人が、サービスの実施のため必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合
- ③ 利用者の急激な体調の変化等、事業所が実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合
- ④ 利用者又は代理人が、事業所及び従業員の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合

18 第三者評価の実施状況について

実施の有無	なし
実施年月日（直近）	
評価機関名称	
結果の開示状況	

令和 年 月 日

訪問介護の開始に当たり、利用者に対して利用契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明し交付しました。今後、この重要事項説明書に変更が生じた場合は、文書にてお知らせし、同意をいただくこととします。

＜事業所＞

所在地 群馬県利根郡片品村大字摺刈340番地

事業者名 社会福祉法人尾瀬長寿会
桜花苑ヘルパーステーション

代表者名 理事長 星野 恵美子 印

説明者 (役職) (氏名) 印

私は、利用契約書及び本書面により、事業所から訪問介護について重要事項説明を受け同意しました。
また、受領しました。

＜利用者（契約者）＞

住所

氏名 _____ 印 _____

<代理人>

住所

氏名 _____ 印 _____

電話番号

＜連帯保証人兼身元保証人＞

住所

氏名 _____ 印 _____

電話番号