

介護重要事項説明書

「令和 年 月 日」

◆ 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 027(230)5535 (午前8時30分～午後5時30分まで)

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

◆ [ヘルパーステーション 創 春] の概要

① 法人名 医療法人 富士たちばなクリニック

② 所在地 前橋市富士見町原之郷975

③ 代表者 理事長 名 倉 隆 夫

④ 設 立 平成8年3月19日

⑤ 他事業 富士たちばなクリニック

介護老人保健施設 創春館

訪問看護ステーション あかしあ

介護支援センター創春館・ケアプランセンター明月

朱咲ケアマネホーム

グループホーム あかしあの里Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ

デイサービス 明月・ゆめさき・菜摘

グループホーム ゆめさき・明月・涼風の家・しらさぎ・星辰の家

小規模多機能ホーム 星辰の家・朱咲の家・春らんらん

住宅型有料老人ホーム 菜摘荘・快晴

デイトレセンターカイセイ

1. 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	ヘルパーステーション 創 春
所在地	前橋市富士見町原之郷 975
介護保険指定番号	群馬県 1072000688
サービスを提供する地域	前橋市、 渋川市、

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

2. 事業所の職員体制(訪問介護を提供する職員)

		常勤	非常勤	合 計
管理者	介護福祉士	1 (兼務)		1 名
サービス提供責任者	介護福祉士	2 (兼務)	1 (兼務)	3 名
従事者	介護福祉士	2	1	7 名
	介護職員初任者研修 課程修了者		3	

3. サービスの提供時間帯

平日・土曜・日曜・祭日 7時～19時

☆ ただし、12月30日～1月3日まで休業

●サービスの概要

1. (身体介護)

- * 食事介助・・・・・・食事の介助を行います。
- * 入浴介助・・・・・・入浴の介助を行います。
- * 排泄介助・・・・・・排泄の介助、オムツの交換を行います。
- * 清 拭・・・・・・入浴が困難な方を対象に身体を拭きます。

(生活援助)

- *買 物・・・・・・お客様の日常に必要な物品の買い物を行います。
- *調 理・・・・・・お客様の食事を作ります。(ご家族用は調理致しません)
- *掃 除・・・・・・お客様の居室の掃除を行います。(お客様以外の居室、庭等草むしり等はありません)
- *洗 濯・・・・・・お客様の衣類等の洗濯を行います。(ご家族の分は行いません)



1. サービス従事者

- ア. 本契約のサービス従事者とは、ヘルパーステーション創春が訪問介護サービスを提供するために使用する訪問介護員をさします。
訪問介護員とは、介護福祉士、及び介護職員初任者研修課程修了者としてします。
- イ. サービスの提供に当たっては、ヘルパーステーション創春が選任した複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。
ご利用者が訪問介護員を指定することはできません。
また、業務の都合により、訪問介護員の交代をすることがありますが、その場合、お客様及び介護者に対して、サービス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。
- ウ. お客様は、選任された訪問介護員の交代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代を希望する理由を明らかにして、ヘルパーステーション創春に対して、訪問介護員の交代を申し出ることができます。
- エ. ヘルパーステーション創春は、訪問介護員の交代によりお客様及び介護者等に対して、サービス利用者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。

2. サービス従事者の禁止事項

- ①お客様又は介護者等からの金銭又は物品の授受
- ②お客様の家族等に対する訪問介護サービスの提供
- ③飲酒及び喫煙
- ④お客様又は介護者等に対して行う宗教活動、政治活動、個人的な営利活動

⑤その他お客様又は介護者等に対する迷惑行為

●利用料金

1. 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金の1割です。ただし一定以上所得のある方は2割、3割になります。又、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

基本料金表 (地域区分7級地 単位数単価10、21)

	20分未満	20分～ 30分未満	30分以上～ 1時間未満	1時間以上(579単位) (30分増す毎に)
身体介護	163/単位	244/単位	387/単位	82/単位を追加
生活援助		45分未満	45分以上	
		179/単位	220/単位	

☆ 基本料金に対して 早朝（午前6時～午前8時）、夜間（午後6時～午後10時）帯は25%増し

深夜（午後10時～午前6時）は50%増し となります

☆ 身体介護に引き続き生活援助を行う場合は20分から計算して25分を増す毎に65単位が加算され195単位が限度となります。

☆ 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。

☆ 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。

例えば 体重の重い方に対し、入浴介助を行う場合等

☆ 訪問介護サービスの利用について、公的介護保険の適用がある場合には、消費税は非課税です。（公的介護保険対象外のサービスを希望される場合は、別途消費税が必要となります。）

☆ 公的介護保険が適用され得るお客様が、まだ要介護の判定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただいた上で、要介護の判定を受けた後、自己負担額を除く額が介護保険から支払われます。

☆ 特定事業所加算（Ⅰ） → 所定単位数に20%加算 国が指定する特定の条件（人材の質の確保やヘルパーの環境整備、中重度者への対応等）を満たすことで算定が出来るもので、質の高い事業所運営をするために活用されます。

☆ 初回加算 → 200単位/回 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初回若しくは初回の指定訪問介護を行なった日の属する月に指定訪問介護を行なった場合又は当指定訪問介護事業所のその他の訪問介護員等が初回若しくは初回の指定訪問介護を行なった日の属する月に指定訪問介護を行なった際にサービス提供責任者が同行した場合は、1月につき所定単位を加算します。

☆ 緊急時訪問介護加算 → 100単位/回 利用者やその家族等からの要請を受け

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等が居宅サービス計画になる訪問介護(身体介護)を行った場合加算します。

☆ 介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) → 所定単位数に 24.5% の加算。

☆ 生活機能向上連携加算 → (Ⅰ) 100 単位・(Ⅱ) 200 単位

訪問リハビリテーション事業所又は通所リハビリテーション事業所の理学療法士等からの助言を受ける事が出来る体制を作り助言を受ける、あるいは理学療法士等が利用者の自宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する等により、理学療法士等と共同して行ったアセスメント結果に基づき、訪問介護計画を作成し連携して計画に基づくサービスを提供する。

2. 交通費

前記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、訪問介護員がおたずねするための交通費が必要です。

3. キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡下さい。

ご利用の 24 時間前までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用の 24 時間前までにご連絡がなかった場合	所定料金の 10 %

利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止または変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に出し出して下さい。但し、訪問介護員の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

4. その他

①お客様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、電気等の費用はお客様のご負担になります。

②料金のお支払方法

毎月、15 日に前月分の請求書の送付をいたしますので、ヘルパーステーション創春が指定する期日までに銀行口座へご用意下さい。

お支払いいただきますと領収証を発行いたします。

お支払い方法は、口座引き落としとさせていただきますが、ヘルパーステーション創春が指定する銀行口座への振り込みも可能です。

●サービスの利用方法

1. サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。

御契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、居宅サービス計画の内容を踏まえ、契約締結後に作成する訪問介護計画書に定めます。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

2. サービスの終了

お客様のご都合でサービスを終了する場合、その希望する 1 週間前までに文書でお申し出ください。

3. 当社の都合でサービスを終了する場合
人員不足等で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。
4. 自動終了
以下の場合、双方の通知が無くとも自動的にサービスを終了いたします。
 - ・お客様が介護保険施設に入所された場合
 - ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、要支援、又は非該当（自立）と認定された場合ただし、この場合、条件を変更して再度契約することができます。
 - ・お客様が亡くなられた場合
5. その他
 - ①当社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おこなった場合、又は当社が破産した場合、お客様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。
 - ②お客様がサービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日以内に支払わない場合、又は、お客様やご家族が当社のサービス従事者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、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ございます。

●当社の訪問介護サービスの特徴等

1. ヘルパーステーション創春のサービス従事者は、サービスの提供に当たって利用者の生命、身体、財産の安全に配慮するものとします。
2. サービス実施において、利用者の体調等、健康状態に注意し、必要な事項については、事前に利用者又は介護者等から聴取、確認したうえで訪問介護サービスの実施をするものとします。
3. 利用者に対する訪問介護サービスの実施について記録を作成し、サービス実施日の終了時毎に利用者又は介護者等による確認を受けるものとします。
4. サービス実施記録は、2年間保管し、利用者若しくは代理人の請求に応じてこれを閲覧させます。
5. 訪問介護サービスの提供のために準備した備品等について、安全性をふまえて適切な管理を行うものとします。
6. 介護サービスの提供にあたって、緊急時の連絡先として、主治医を確認するなど医師医療機関への連絡体制の確保に努めるものとします。

（サービス利用についての注意事項）

訪問介護サービスの実施に関する指示、命令はすべてヘルパーステーション創春が行います。

☆ご承諾願うこと 訪問予定時間は、交通事情により前後することがあります。

●虐待・身体拘束の防止について

1. 虐待防止・身体拘束等の適正化に関する責任者 管理者 原 由美子
2. 虐待防止・身体拘束等の適正化の指針のための整備をしています。
3. 虐待防止・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っていきます。
4. 従業者に対して虐待防止・身体拘束等の適正化の為の定期的な研修（年 1 回以上）を実施する等必要な措置を講じます。
5. サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者（現に擁護している家族・親族・同居人等）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、速やかにこれを市町村に通報します。

●緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化があった場合は、事前の打ち合わせにより主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業等へ連絡をいたします。

主治医氏名・連絡先	別添参照
ご家族氏名・連絡先	別添参照
対応可能時間	7：00～19：00（グループホーム併設の為連絡は可能）

●業務継続計画の策定等

1. 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
2. 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定期的に行います。
3. 定期的に業務継続計画の見直しを行い必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

●衛生管理等

1. 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行います。
2. 事業所の設備及び備品等について衛生的な管理に努めます。
3. 事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように次に掲げる措置を講じます。
 - ①事業所における感染症の予防及び蔓延防止のための対策を検討する委員会を概ね6月に1回開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底します。
 - ②事業所における感染症の予防及び蔓延防止のための指針を整備しています。従業者に対し、感染症の予防及び蔓延防止のための研修及び訓練を定期的に行います。

●サービス内容に関する相談苦情等

苦情受付担当者	管理者 原由美子
受付時間	8：30～17：30（グループホーム併設の為連絡は可能）
受付日	日曜日から土曜日。但し、12/30～1/3までを除く）
電話番号	ヘルパーステーション創春・027-230-5535

- * 国民健康保険団体連合会 電話 (0 2 7 - 2 9 0 - 1 3 2 3)
- * 前橋市役所介護保険課 電話 (0 2 7 - 8 9 8 - 6 1 3 2)

●提供するサービスの第三者評価の実施について

実施の有無	無し
-------	----

指定訪問介護サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 前橋市富士見町原之郷 9 7 5

 事業者名 医療法人 富士たちばなクリニック

 代表者名 理事長 名 倉 隆 夫 印

 所 属 ヘルパーステーション創春

 説明者 管理者 原 由美子 印

重要事項説明書についての説明を受け、これに同意いたします。

令和 年 月 日

利用者 住 所

 氏 名 印

代理人 住 所

 氏 名 印