

指定訪問介護事業所

重要事項説明書

株式会社 飯野の里

ヘルパーステーション はなはな

福島市飯野町字原田 7-22

重要事項説明書

1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 024-572-4487（午前9時00分～午後5時00分まで）

担当 佐々木 美嘉（ヘルパーステーションはなはな サービス提供責任者）

※ご不明な点は、何でもおたずねください。

2. 事業所の概要

（1）事業目的

株式会社飯野の里が経営するヘルパーステーションはなはなの運営及び利用について必要な事項を定め、事業の円滑な運営を図れることを目的とします。

（2）運営方針

- ① 事業所の訪問介護員等は、要介護者等の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護、その他生活全般にわたる援助を行います。
- ② 事業の実施にあたっては、関係市町村、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ます。

（3）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はなはな
所在地	福島県福島市飯野町字原田7-22
介護保険指定番号	0770105328
サービスを提供する地域	福島市・二本松市・伊達郡川俣町・伊達市月舘町

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

（4）事業所の職員体制

職種	資格	常勤	非常勤	職務内容	計
管理者		1名		職員・業務の一元的な管理	1名

サービス提供責任者	看護師	名		訪問介護計画書作成	名
	介護福祉士	1名		サービスの調整	1名
	2級ヘルパー	名		技術指導 等	名
訪問 介護 員	介護福祉士	2名	1名	適切な訪問介護サービス 提供	3名
	1級修了者	名	名		名
	2級修了者	2名	1名		3名

(5) 営業日及び営業時間

①営業日 年中無休 ※但し、12月29日から1月3日までを除く

②サービスの提供時間帯

訪問介護時間帯	通常	早朝	夜間
	8:00～18:00	7:00～8:00	18:00～19:00
平日・土・日・祭日	○	○	○

※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 食事介助・入浴介助・排泄介助・清拭・体位変換 等
- (2) 生活援助 買物・調理・掃除・洗濯 等
- (3) その他のサービス 介護相談 等

4. 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（料金表）の1割、2割又は3割負担です。（介護保険負担割合証による）ただし、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。

1割負担

(1) 基本料金（通常時間帯）

身体介護	20 分未満	20 分 ～30 分未満	30 分 ～1 時間未満	1 時間～ 1 時間 30 分未満	30 分増 すごと
	1 6 3 単位	2 4 4 単位	3 8 7 単位	5 6 7 単位	8 2 単位
生活援助	20 分 ～45 分未満	45 分以上			
	1 7 9 単位	2 2 0 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名で訪問した場合は、2名分の料金となります。

※利用者又はそのご家族等からの連絡に対しては、営業時間中においては当事業所の職員が、営業時間以外の時間帯については、併設するサービス付き高齢者向け住宅の職員が対応するとともに、当訪問介護事業所の職員にも連絡が入る体制となります。

（2）各種加算について

①初回加算・・・200円／月

新規ご利用の利用者に、同月内にサービス提供責任者が、サービス提供又は同行訪問した場合に算定します。

②緊急時訪問介護加算・・・100円／回

利用者・ご家族からの依頼でサービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り居宅サービス計画（ケアプラン）にない身体介護サービスを提供した場合に算定します。

③介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）、（Ⅳ）のいずれか・・・毎月ごとの所定単位数に（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）、（Ⅳ）のいずれかの乗率を乗じた単位数の一割を負担いただきます。

④特定事業所加算・・・厚生労働大臣が定める下記の基準に適合している場合、指定訪問介護を行った場合に、所定単位数に加算します。

《体制要件》

- ・職員研修の個別策定、及び計画的な実施
- ・職員の技術指導を目的とした会議の定期開催
- ・職員間の情報伝達及び報告体制の整備
- ・職員の健康診断の定期開催

- ・利用者への緊急時等の対応方法の明示

《人材要件》

- ・訪問介護員等のうち介護福祉士の割合が30%以上

2割負担

(1) 基本料金（通常時間帯）

身体介護	20分未満	20分 ～30分未満	30分 ～1時間未満	1時間～ 1時間30分未満	30分増す ごと
	326単位	488単位	774単位	1, 134単位	164単位
生活援助	20分 ～45分未満	45分以上			
	358単位	440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名で訪問した場合は、2名分の料金となります。

※利用者又はそのご家族等からの連絡に対しては、営業時間中においては当事業所の職員が、営業時間以外の時間帯については、併設するサービス付き高齢者向け住宅の職員が対応するとともに、当訪問介護事業所の職員にも連絡が入る体制となります。

(2) 各種加算について

①初回加算・・・400円/月

新規ご利用の利用者に、同月内にサービス提供責任者が、サービス提供又は同行訪問した場合に算定します。

②緊急時訪問介護加算・・・200円/回

利用者・ご家族からの依頼でサービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り居宅サービス計画(ケアプラン)にない身体介護サービスを提供した場合に算定します。

③介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)、(Ⅳ)のいずれか・・・毎月ごとの所定単位数に(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)、(Ⅳ)のいずれかの乗率を乗じた単位数の1割を負担いただきます。

④特定事業所加算・・・厚生労働大臣が定める下記の基準に適合している場合、指定訪問介護を行った場合に、所定単位数に加算します。

《体制要件》

- ・職員研修の個別策定、及び計画的な実施
- ・職員の技術指導を目的とした会議の定期開催
- ・職員間の情報伝達及び報告体制の整備
- ・職員の健康診断の定期開催
- ・利用者への緊急時等の対応方法の明示

《人材要件》

- ・訪問介護員等のうち介護福祉士の割合が３０％以上

３割負担

(１) 基本料金 (通常時間帯)

身体介護	20分未満	20分 ～30分未満	30分 ～1時間未満	1時間～ 1時間30分未満	30分増す ごと
	489単位	732単位	1,161単位	1,701単位	246単位
生活援助	20分 ～45分未満	45分以上			
	537単位	660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名で訪問した場合は、2名分の料金となります。

※利用者又はそのご家族等からの連絡に対しては、営業時間中においては当事業所の職員が、営業時間以外の時間帯については、併設するサービス付き高齢者向け住宅の職員が対応するとともに、当訪問介護事業所の職員にも連絡が入る体制となります。

(2) 各種加算について

①初回加算・・・600円／月

新規ご利用の利用者に、同月内にサービス提供責任者が、サービス提供又は同行訪問した場合に算定します。

②緊急時訪問介護加算・・・300円／回

利用者・ご家族からの依頼でサービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り居宅サービス計画(ケアプラン) にない身体介護サービスを提供した場合に算定します。

③介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)、(Ⅳ) のいずれか・・・毎月ごとの所定単位数に (Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)、(Ⅳ) のいずれかの乗率を乗じた単位数の一割を負担いただきます。

④特定事業所加算・・・厚生労働大臣が定める下記の基準に適合している場合、指定訪問介護を行った場合に、所定単位数に加算します。

《体制要件》

- ・職員研修の個別策定、及び計画的な実施
- ・職員の技術指導を目的とした会議の定期開催
- ・職員間の情報伝達及び報告体制の整備
- ・職員の健康診断の定期開催
- ・利用者への緊急時等の対応方法の明示

《人材要件》

- ・訪問介護員等のうち介護福祉士の割合が30%以上

(3) 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、ホームヘルパーがお訪ねするための交通費の実費が必要です。

なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額となります。

- ① 通常の事業の実施区域の境界から、10キロメートル未満 500円
- ② 通常の事業の実施区域の境界から、10キロメートル以上 700円

前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はそのご家族に対して事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名(記名押印)を受けるものとします。

(4) 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、至急ご連絡ください。(連絡先 電話 024-572-4487)

①ご利用の前日午後5時までにご連絡いただいた場合	無 料
②ご利用の前日午後5時までにご連絡がなかった場合	当該基本料金の50%

(5) 償還払い

介護保険料の未納等にて償還払いの対象になった場合には、全額を自己負担した後、条件が改善された時に保険者に届け出ることで自己負担分が払い戻されます。

(6) 料金のお支払方法

毎月10日頃までに前月分の請求をいたしますので、銀行振込または口座自動引き落としのどちらかでお支払いいただきます。

- ① 口座自動引落しの場合は25日に、指定金融機関口座より引き落としされます。領収書の発行は、原則として省略としますが、1通300円にて発行は可能ですので、必要な際はお申し付け下さい。
- ② 銀行振込でのお支払いの場合は、当月合計額を翌月25日までにお支払いいただきます。銀行振込の領収書を以て領収書に代えさせていただきます。振込手数料は利用者負担となります。
- ③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。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

直接、お電話等でお申し込みいただくか、介護保険をお持ちの方は担当ケアマネジャーへご相談ください。ご利用内容、日程の決定後に契約を結び、サービスの提供を開始します。尚、当施設では、ご入居様が希望する介護保険サービス事業所を自由に選択することを制限しておりません。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前にケアマネジャーとご相談下さい。

(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

サービスの終了を希望する日の7日前までに文書でお申し出下さい。

②当事業所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ヶ月前までに文章で通知いたします。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・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、要支援、または非該当(自立)と認定された場合。

※この場合、条件を変更して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

- ・当事業所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った場合、または当事業所が破産した場合、ご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。
- ・お客様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず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事業所や当事業所の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った場合は、文章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。

6. 当事業所訪問介護サービスの特徴等

事項	有無	備考
ホームヘルパーの変更の可否	有	変更を希望される方はお申し出ください
男性ヘルパーの有無	有	
従業員への研修の実施	有	年4回以上、事業所内研修を行います
サービスマニュアルの作成	有	

7. サービス内容に関する苦情

- ・当センター利用者相談・苦情担当

苦情解決責任者 菅野 貴裕

ヘルパーステーションはなはな 管理者

電 話 024-572-4487

苦情受付担当者 佐々木 美嘉

ヘルパーステーションはなはな サービス提供責任者

電 話 024-572-4487

FAX 024-561-2526

・受付時間

毎週月曜日～金曜日 午前9時00分～午後5時00分

・その他

当事業所以外に、市町村または国保連の相談窓口等に苦情を伝えることができます。

※福島市 健康福祉部 介護保険課介護給付係： 電 話 024-525-6587

※国保連窓口： 電 話 024-528-0040

※その他の市町村については、各市町村窓口にご相談ください。

8. 身体拘束の禁止

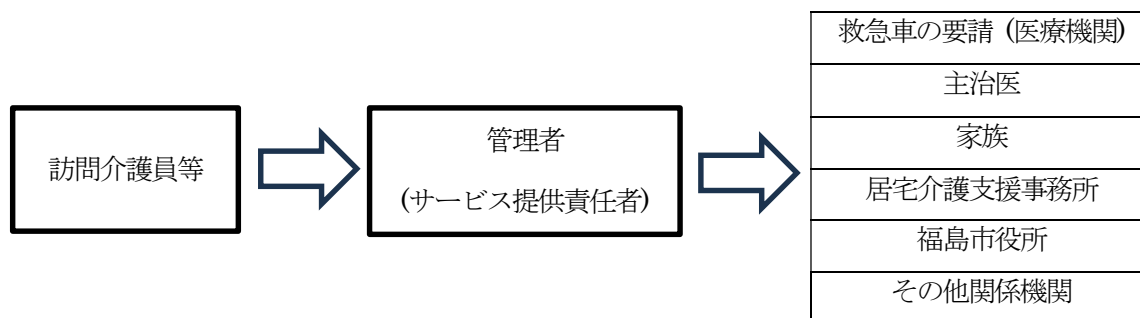
- (1) 当事業所は、身体拘束、その他の利用者の行動を制限する行為（以下、「身体的拘束」という。）を行いません。但し、当該利用者又は他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除きます。
- (2) 前項の規定による身体的拘束等を行う場合には、あらかじめ利用者の家族に利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、身体的拘束等の態様及び目的、身体的拘束等を行う時間や期間等の説明を行います。同意を文書で得た場合のみ、その条件と期間内においてのみ身体的拘束等を行います。
- (3) 前各項の規定による身体的拘束等を行う場合には、管理者及び計画作成担当者、介護従事者により検討会議等を行います。また、経過観察記録を作成し、5年間保存します。
- (4) 虐待・身体拘束廃止委員会を設置し、年に2回以上、全職員を対象に研修を実施します。

9. 虐待防止のための措置について

- (1) 当事業所は、利用者の人権擁護・虐待等の防止の為の措置を講じるものとします。
 - ① 虐待を防止するための従業者に対する定期的な研修の実施
 - ② 虐待・身体拘束廃止委員会の設置
 - ③ 虐待及び身体拘束防止のための指針の整備
 - ④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者の配置
 - ⑤ その他、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境づくり
- (2) 当事業所は、サービス提供中に当該事業所従事者又は養護者（利用者・ご家族等高齢者を現に養護する者）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へ通達します。

10. 緊急時の対応方法

サービス提供中に、病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。



緊急時の連絡先及び対応可能時間

【事業者の窓口】

ヘルパーステーションはなはな	(所在地) 福島市飯野町字原田 7-22 (TEL) 024-572-4487 (FAX) 024-561-2526 (受付時間) 毎週月曜日～金曜日午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分
----------------	--

【主治医の連絡先】

	(所在地) (TEL) (受付時間)
--	--------------------------

11. 事故発生時の対応方法

- (1) サービス提供中に事故が発生した場合は、事前の打合せにより主治医、救急隊、親族、居宅介護支援当事業所、及び関係市町村等へ連絡する等の措置を講じるとともに管理者に報告を行います。
- (2) サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

12. 秘密保持

- (1) 当事業所および当事業所の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびそのご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (2) 当事業所は、利用者、ご家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等にお

いて、利用者の個人情報を用いません。

- (3) 当事業所は、利用者様の家族様から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該家族の個人情報を用いません。

13. 個人情報の取り扱い

個人情報の取り扱いについては、関係法令及び厚生労働省「医療・介護関係当事業所における個人情報の適切な取り扱いの為にガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いを行います。

14. 利用者等の意見を把握する体制

第三者による評価はしておりません。

15. 非常災害時対策

- ・防災時の対応 別途定める消防計画に基づき対応します。
- ・防災設備 自動火災報知機、消火器、消火栓を配置しており、防火扉、避難誘導等を設け安全の確保に努めてまいります。
- ・防災訓練 年に2回以上実施します。
- ・防火責任者 ヘルパーステーションはなはな 管理者 菅野 貴裕

16. 当事業所（法人）の概要

当事業所（法人）の名称	株式会社 飯野の里
代表者役職・氏名	代表取締役 菅野 貴裕
所在地	〒960-1301 福島市飯野町字原田11番地の1
電話番号	電 話 024-562-4244
FAX 番号	F A X 024-562-4844
設立年月日	平成19年11月26日

事業所（法人）が行っている他の介護保険事業 1事業所

認知症対応型共同生活介護 1か所

※ 前記の内容の説明を証するため本書2通を作成し、利用者、当事業所が署名押印の上、1通ずつ保有するものといたします。

訪問介護サービスの提供開始にあたり、利用者またはご家族に対し本書面に基づいて重要事項を説明いたしました。

(当事業所)

所在地 福島県福島市飯野町字原田 7 番地 2 2

名 称 ヘルパーステーションはなはな

代表者 印

説明者 印

私は、本書面により、当事業所から訪問介護サービスについての重要事項の説明を受け、その内容に同意します。

令和 年 月 日

(ご利用者)

住所

氏名 印

(ご家族)

住所

氏名 印

(続柄：)