

訪問介護重要事項説明書

<令和 7 年 6 月 1 日 現在>

1 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 048-871-9888 (午前8時30分～午後17時30分まで)

担当 仙波、鈴木、星名

* 御不明な点は、なんでもおたずねください。

2 社会福祉法人育成会 白菊苑 (名称) の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	社会福祉法人育成会 白菊苑
所在地	さいたま市大宮区天沼町1丁目324番地2号101
介護保険指定番号	1176513701
サービスを提供する地域*	さいたま市

(2) 当事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	介護福祉士	1名		統括管理	1名
サービス提供責任者	介護福祉士	2名		サービス提供責任者	2名
事務職員					
従事者	介護福祉士	2名	3名	サービス提供	5名
	介護職員初任者研修修了者		1名	サービス提供	1名
	1級～2級修了者		2名	サービス提供	2名
	その他				

(3) サービスの提供時間帯

	通常時間帯 8:30～17:30	早朝 6:00～8:00	夜間 18:00～22:00	深夜 22:00～6:00	備考
平日	○	×	×	×	
土、日曜日	×	×	×	×	祝日 通常時間帯○

ただし12月29日から1月3日まで休業

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・通院付き添い 等

(2) 生活援助

・買い物・調理・掃除・洗濯 等

(3) 通院等乗降介助

・要介護高齢者の通院等の外出時の乗降介助

(4) 介護予防・日常生活支援総合事業

・介護予防訪問介護サービスの提供等

(5) 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割又は2割又は3割です。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。

【 料金表 ー基本料金 】

(単位 円)

介護予防・日常生活支援総合事業 介護予防訪問介護サービス	1月あたりの 利用料金	介護保険適用時の 1月あたりの自己 負担額（1割）	介護保険適用時の 1月あたりの自己 負担額（2割）	介護保険適用時の 1月あたりの自己 負担額（3割）
訪問型サービスⅠ（週1回程度）	12,994	1,300	2,599	3,899
訪問型サービスⅡ（週2回程度）	25,956	2,596	5,192	7,787
訪問型サービスⅢ（週3回以上） 要支援2である者に限る	41,183	4,119	8,237	12,355
初回加算	2,210	221	442	663
生活機能向上加算Ⅰ	1,105	111	221	332
生活機能向上加算Ⅱ	2,210	221	442	663

※契約期間が1月に満たない場合

(単位 円)

介護予防・日常生活支援総合事業 介護予防訪問介護サービス	1日あたりの 利用料金	介護保険適用時の 1日あたりの自己 負担額（1割）	介護保険適用時の 1日あたりの自己 負担額（2割）	介護保険適用時の 1日あたりの自己 負担額（3割）
訪問型サービスⅠ（週1回程度）	430	43	86	129
訪問型サービスⅡ（週2回程度）	850	85	170	255
訪問型サービスⅢ（週3回以上） 要支援2である者に限る	1,359	136	272	408

(単位 円)

介護給付(特定 事業所加算Ⅰ)	20分未満	30分未満	30分 ～1時間	1時間 ～1時間30分	以降30分を増 すごとに
身体介護（1回あたり）	2,165	3,237	5,127	7,514	1,082
身体介護（介護保険適 用時1回あたり）1割	217	324	513	752	109
身体介護（介護保険適 用時1回あたり）2割	433	648	1,026	1,503	217

身体介護（介護保険適用時1回あたり）3割	650	972	1,539	2,255	325
介護給付(特定事業所加算Ⅰ)	45分未満	45分以上			
生活援助(1回あたり)	2,375	2,917			
生活援助（介護保険適用時1回あたり）1割	238	292			
生活援助（介護保険適用時1回あたり）2割	475	584			
生活援助（介護保険適用時1回あたり）3割	713	876			

介護給付(特定事業所加算Ⅰ)	1回あたり	介護保険適用時1回あたり1割	介護保険適用時1回あたり2割	介護保険適用時1回あたり3割
通院等乗降介助	1,281	129	257	385

介護給付(加算額)	1回あたり	介護保険適用時1回あたり1割	介護保険適用時1回あたり2割	介護保険適用時1回あたり3割
緊急時訪問介護加算	1,105	111	221	332
初回加算	2,210	221	442	663
生活機能向上加算Ⅰ	1,105	111	221	332
生活機能向上加算Ⅱ	2,210	221	442	663

介護予防・日常生活支援総合事業、介護給付共通

① 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）

サービス利用時の所定単位数にサービス別加算率（24.5%）を乗じ、地域単位数単価を乗じた金額を1月あたりの利用料金とする。介護保険適用時の1月あたりの自己負担額は1月あたりの利用料金の1割又は2割又は3割とする。

※別途通院等乗降介助を行うにあたり、白菊苑の車両で送迎を行った場合は片道につき、30分 1,300円、1時間 2,600円、以後30分ごとに1,300円加算の金額を運送の対価として、また、200円の迎車回送料金をそれぞれ保険対象外として費用請求致します。

※上記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、ご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。（介護給付）

※やむを得ない事情で、かつ、ご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。（介護給付）

(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、職員がおたず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、次の額とします。

- ①さいたま市から、片道2キロ未満 1,000円
- ②さいたま市から、片道2キロ以上 2,000円
- ③さいたま市から、片道2キロ以上で2キロを
増すごとに2,000円に1,000円ずつの加算をします。

(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く場合があります。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡下さい。(連絡先 電話048-871-9888)

①ご利用の24時間前までにご連絡いただいた場合	無 料
②ご利用の12時間前までにご連絡いただいた場合	当該基本料金の 50%
③ご利用の当日の利用時間までにご連絡いただいた場合	当該基本料金の 80%
④ご利用の当日の利用時間までにご連絡がなかった場合	当該基本料金の100%

(4) その他

- ①ご利用者の住まいで、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、お客様の御負担になります。
- ②料金のお支払い方法
毎月、当月の料金を翌月10日以降に請求をいたしますので、翌月末日をめぐりに口座振替の方法によりお支払いいただきます。ただし口座振替が不能な場合現金によりお支払いいただきます。お支払いしていただきましたら領収証を発行します。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込み下さい。当施設職員がお伺いいたします。訪問介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※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下さい。

(2) サービスの終了

- ①ご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1週間前までに文書でお申し出下さい。
- ②当施設の都合でサービスを中止する場合
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、自動的にサービスを終了いたします。
 - ・ご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ご利用者の要介護認定区分が、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出来ます。

※・ご利用者がお亡くなりになった場合

④その他

当施設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、ご利用者や

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、又は、当施設が破産した場合、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出来ます。ご利用者が、サービス利用料金の支払いが2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14日以内に支払わない場合、又はご利用者やご家族などが当施設や当施設の職員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。

6 当施設の訪問介護サービスの特徴等

(1) 事業の目的

訪問介護を通じて高齢者の生活をサポートし、誰もが安心して生活できる地域をつくります

(2) 運営の方針

高齢者の自立の援助を目的に介護サービスを提供します。

(3) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
ホームヘルパーの変更の可否	○	変更を希望される方はお申し出下さい
男性ヘルパーの有無	○	
従業員への研修の実施	○	年1回職員研修を実施しています
その他		

7 緊急時の対応方法

サービス提供中に様態の変化等があった場合は、主治医、ご家族へ連絡して対応します。連絡がつかない場合は介護員の判断で対応いたします。訪問介護員はサービス提供責任者に緊急時の対応内容を報告します。

8 個人情報の利用目的、範囲等

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるに当たって、担当職員と介護サービス事業者の間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)のほか、地域包括支援センター又は介護サービス事業所との連絡調整のため必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで医師・看護師に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 介護サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 地域包括支援センター
- (3) 病院又は診療所

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報の内容等の経過を記録する。

9 事故発生時の対応

担当職員は、利用者に対する指定訪問介護の提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、管理者に報告します。

10 非常災害時の対応

事業所は、非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとします。

また、大規模な地震や火事等の災害時や感染症の発生などの非常事態により、利用者や職員、その他関係者の安全を確保できないと事業所において判断したときは、運営を一時的に停止する場合があります。

11 損害賠償保険への加入

事業所が契約する保険会社の損害賠償保険に加入

12 サービス内容に関する苦情対応

① 当施設ご利用者相談窓口

社会福祉法人 育成会 白菊苑 担当者 仙波、鈴木、星名
(8:30~17:30) 電話 048-871-9888

② 当施設の苦情解決責任者

社会福祉法人 育成会 白菊苑 仙波所長

③ 当法人の苦情解決第三者委員

苦情解決に社会性客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を進展するため、第三者委員を設置しています。

苦情の内容は施設に苦情受付箱を設置しておりますので、そちらに投函下さい。

④その他

当社以外に、市町村の相談、苦情窓口、埼玉県国民健康保険連合会等に苦情を伝えることが出来ます。

市町村名 さいたま市(大宮区) 電話 048-646-3068

担当 高齢介護課

市町村名 さいたま市(本庁) 電話 048-829-1264

担当 介護保険課

埼玉県国民健康保険団体連合会 電話 048-824-2568

担当 苦情対応係

13 サービスにあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

- ① 医療行為及び医療補助行為
 - ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
 - ③ 他の家族の方に対するサービス提供
- (2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに当事業所の担当者、または介護支援専門員（または地域包括支援センター）の担当者へご連絡ください。

14 虐待防止のための措置に関する事項

当社は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じています。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を年に1回以上実施する。
- (4) 前号に掲げる措置を適切に実施するため主任を担当者とする。
- (5) 当社は、サービス提供中に、職員又は養護者（利用者の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、市町村に通報します。

令和 年 月 日

社会福祉法人育成会 白菊苑

説明者 _____

私は重要事項の説明を受け同意します。

また個人情報の利用目的、範囲の説明を受け同意をいたします。

契約者

氏名 _____ 印

住所 _____

代理人

氏名 _____ 印

住所 _____