

訪問介護 ヘルパーステーションむさしの重要事項説明書

【令和3年7月1日現在】

1. 当施設が提供するサービスについての相談窓口

(電話) 049-255-6502

(担当) サービス担当責任者(月曜～金曜日(祝日可))

※ ご不明な点等ございましたら何なりとお尋ね下さい。

2. 訪問介護「ヘルパーステーションむさしの」の概要

(1) 運営の方針

当施設は、居宅サービス計画に基づき、利用者が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、必要な日常生活の世話及び機能訓練を行うことにより、ご利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持ならびに家族の身体的・精神的負担の軽減を図ることを目指します。

(2) 提供できるサービスの種類

施設名称	ヘルパーステーションむさしの
所在地	埼玉県富士見市大字南畑新田 16 番地 1
介護保険法	訪問介護(事業者番号 第 1172900332)
サービスを提供する対象地域	富士見市内 ※上記以外の方でもご希望の方はご相談ください。
その他	生活保護法適用施設
通常の実施地域	富士見市内全域

(3) 施設の職員体制・勤務体制

職種	常勤職員	指定基準	勤務時間
管理者	1(兼務)	0	日勤 8:30～17:30
サービス提供責任者	1(兼務)	0	日勤 8:30～17:30
訪問介護員	4	2.5	日勤 8:30～17:30

3. 施設介護サービスの内容

訪問サービス計画の立案	訪問サービス計画(ケアプラン)の立案を行い、ご本人及びご家族の同意に基づいて作成します。(必要に応じて)			
訪問介護		上記のケアプランに基づいた介護を行います。 (食事、排泄、入浴、整容、移動介助等)		
	身体介護	①サービスの準備 ④入浴介助 ⑦更衣介助 ⑩起床介助 ⑬見守りの援助	②食事介護 ⑤清拭 ⑧体位交換 ⑪就寝介助 ⑭その他	③排泄介助 ⑥身体整容 ⑨移動介助 ⑫服薬介助
	生活援助	①サービス準備 ④ベッドメイク ⑦買いもの、薬の受け取り	②清掃 ⑤衣類の整理補修 ⑭その他	③洗濯 ⑥一般的な調理、配下膳

#### 4. 利用者負担金

(1) 利用者の方からいただく利用者負担金は次表のとおりです。この金額は①介護保険の給付の対象となるサービス②介護保険の給付の対象とならないサービス（個人サービス費）の2種類に分かれます。（なお、②の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければならないとされています。疑問点等があればお尋ねください。）

##### ①介護保険の給付の対象となるサービス

本人の合計所得金額により利用者負担割合が異なります。負担割合については、保険者より交付されます「介護保険負担割合証」にて確認をお願いします。

#### <身体介護>

##### ◎1 割負担の方

1.利用者の要介護度とサービス利用料金基本単位× 10.42・・・富士見市	20分未満 (167)	20分以上30分未満 (250)	30分以上1時間未満 (396)	1時間以上1時間半未満 (579)	以降 30分増 (+84)
	1,740円	2,605円	4,126円	6,033円	875円
2.うち、介護保険から給付される金額	1,566円	2,344円	3,713円	5,429円	787円
3.サービス利用に係る自己負担額 (1-2)	174円	261円	413円	604円	88円

#### 身体介護に引き続き生活援助を行う場合

所要時間が20分から起算して25分増すごとに(+66) ※198を限度

1.利用者の要介護度とサービス利用料金基本単位× 10.42・・・富士見市	20分以上～ (67)	45分以上～ (134)	70分以上～ (201)
	698円	1,396円	2,094円
2.うち、介護保険から給付される金額	628円	1,256円	1,884円
3.サービス利用に係る自己負担額 (1-2)	70円	140円	210円

##### ◎2 割負担の方

1.利用者の要介護度とサービス利用料金基本単位× 10.42・・・富士見市	20分未満 (167)	20分以上30分未満 (250)	30分以上1時間未満 (396)	1時間以上1時間半未満 (579)	以降 30分増 (+84)
	1,740円	2,605円	4,126円	6,033円	875円
2.うち、介護保険から給付される金額	1,392円	2,084円	3,300円	4,826円	700円

3.サービス利用に係る自己負担額 (1-2)	348円	521円	826円	1,207円	175円
---------------------------	------	------	------	--------	------

身体介護に引き続き生活援助を行う場合			
所要時間が20分から起算して25分増すごとに(+66)※198を限度			
1.利用者の要介護度とサービス利用料金基本単位× 10.42・・・富士見市	20分以上～ (67)	45分以上～ (134)	70分以上～ (201)
	698円	1,396円	2,094円
2.うち、介護保険から給付される金額	558円	1,116円	1,675円
3.サービス利用に係る自己負担額 (1-2)	140円	280円	419円

### ◎3割負担の方

1.利用者の要介護度とサービス利用料金基本単位× 10.42・・・富士見市	20分未満 (167)	20分以上 30分未満 (250)	30分以上 1時間未満 (396)	1時間以上1 時間半未満 (579)	以降 30分増 (+84)
	1,740円	2,605円	4,126円	6,033円	875円
2.うち、介護保険から給付される金額	1,218円	1,823円	2,888円	4,223円	612円
3.サービス利用に係る自己負担額 (1-2)	522円	782円	1,238円	1,810円	263円

身体介護に引き続き生活援助を行う場合			
所要時間が20分から起算して25分増すごとに(+66)※198を限度			
1.利用者の要介護度とサービス利用料金基本単位× 10.42・・・富士見市	20分以上～ (67)	45分以上～ (134)	70分以上～ (201)
	698円	1,396円	2,094円
2.うち、介護保険から給付される金額	488円	977円	1,465円
3.サービス利用に係る自己負担額 (1-2)	210円	419円	629円

〈生活援助〉

◎1 割負担の方

1.利用者の要介護度とサービス利用料金 1 単位×10.42 円・・・富士見市	20 分以上 45 分未満 (183)	45 分以上 (225)
	1,906 円	2,344 円
2.うち、介護保険から給付される金額	1,715 円	2,109 円
3.サービス利用に係る自己負担額 (1-2)	191 円	235 円

◎2 割負担の方

1.利用者の要介護度とサービス利用料金 1 単位×10.42 円・・・富士見市	20 分以上 45 分未満 (183)	45 分以上 (225)
	1,906 円	2,344 円
2.うち、介護保険から給付される金額	1,524 円	1,875 円
3.サービス利用に係る自己負担額 (1-2)	382 円	469 円

◎3 割負担の方

1.利用者の要介護度とサービス利用料金 1 単位×10.42 円・・・富士見市	20 分以上 45 分未満 (183)	45 分以上 (225)
	1,906 円	2,344 円
2.うち、介護保険から給付される金額	1,334 円	1,640 円
3.サービス利用に係る自己負担額 (1-2)	572 円	704 円

その他、利用者の状況により加算されるサービス等

加算項目	内容	単位数	利用者負担額 (基準額)	該当○
通院等乗降介助	要介護者である利用者に対して通院等のため指定訪問介護事業所の訪問介護員等が自ら運転する車両への乗車又は降車の介助を行うとともに併せて乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助	99	100 円(1 回)	
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 24 時間以内にサービス提供を行った場合(生活援助のみは対象となりません)	100	105 円/日	
初回加算	サービス提供責任者が初回訪問をした場合(同月内)及び2ヶ月訪問日があいた場合	200	209 円/月	○

生活機能向上連携加算（Ⅰ）	訪問リハビリテーションの理学療法士等とサービス提供責任者が共同して訪問介護計画書を作成した場合（初回の訪問介護から3ヶ月を限度）	100	105円/月	
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	訪問リハビリテーションの理学療法士等と同行訪問し、共同で身体の状態等を評価し、訪問を実施した場合（初回の訪問介護から3ヶ月を限度）	200	209円/月	
2人の訪問介護員等による訪問介護をおこなった場合	利用者の身体的理由により1人の訪問介護員等による介護が困難な場合等、利用者又は家族等に同意を得た場合		×200/100	○
特定事業所加算（Ⅰ）	算定要件を満たした場合、所定単位数に20%を加算する			
特定事業所加算（Ⅱ）	算定要件を満たした場合、所定単位数に10%を加算する			○
特定事業所加算（Ⅲ）	算定要件を満たした場合、所定単位数に10%を加算する			
特定事業所加算（Ⅳ）	算定要件を満たした場合、所定単位数に5%を加算する			
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	介護職員の賃金改善のため、利用者ごとの1月の総単位数（上記の介護度に応じた基本サービス費と各種加算）に13.7%を乗じた基準額に対し、介護負担割合証に記載の割合に応じた額			○
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）	介護職員等の賃金改善のため、利用者ごとの1月の総単位数（上記の介護度に応じた基本サービス費と各種加算）に6.3%を乗じた基準額に対し、介護負担割合証に記載の割合に応じた額			○
介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）	介護職員等の賃金改善のため、利用者ごとの1月の総単位数（上記の介護度に応じた基本サービス費と各種加算）に4.2%を乗じた基準額に対し、介護負担割合証に記載の割合に応じた額			

※加算サービスは基準額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額をご負担して頂きます。

## ②介護保険の給付の対象とならないサービス

### （1）交通費について

通常の事業の実施地域を越えて行う訪問介護に要した交通費は、その実費をいただきます。なお、自動車を利用した場合の交通費は次の額になります。

- 通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道5キロ未満 100円
- 通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道5キロ以上 200円

### （2）保険外サービスについて

#### ① 直接、利用者本人の介護に該当しない行為

- 利用者本人以外のものに係る洗濯、調理、買い物、布団干し等家族分の洗濯、調理は行えません。
- 利用者が使用する居室以外の居室、庭等敷地の清掃は行えません。

#### ② 訪問介護職員が行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断されるもの

- ・草むしり
  - ・花木の水やり
  - ・犬の散歩やペットの世話
- ③ 日常的に行われる家事の範囲を超える行為
- ・家具、電気等の移動、修繕、模様替え
  - ・大掃除、窓ガラス拭き、床のワックスがけ
  - ・植木の剪定等の園芸
  - ・正月、節句等のための特別な手間をかけての料理
- ④ 預金、貯金の引き出し、預け入れは行えません。

### (3) 支払方法

当月分を1ヶ月ごとに精算し、翌月15日以降に請求します。お支払は原則として手数料の廉価な郵便局の自動引き落としでお願いします。但し、これによりがたい場合は、ご相談に応じます。

## 5. 健康診断について

- (1) 利用前の健康診断受診へ、ご協力をお願いいたします。
- 各市町村でも健康診断を行っております。また当施設特養入所者の健康診断時（年1回実施）に受けていただくこともできます。

## 6. 利用について

### (1) 利用について

- ① 当該市区町村より介護認定を受けた方で、当施設指定の利用申込書に必要事項を記入し、お申込み下さい。
- ② 利用前に事前面接（家庭訪問）を行います。その後、当施設での受け入れが決定した場合は契約となります。契約の有効期限は介護保険認定期間と同じです。但し、引続き認定を受け、利用者又はご家族から契約終了の申出がない場合は、自動的に更新されるものとします。

### (2) 契約の終了について

- ① 利用者はいつでも申し出ることにより、この契約を解除することができます。
- ② 施設は次の事由に当てはまる場合、利用者に対して、文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
- 1) 利用者のサービス利用料金の支払いが、正当な理由なく連続して3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日以内に支払われない場合
  - 2) 利用者又は家族が、施設や施設職員又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為（介護現場におけるハラスメント対応マニュアルに定義する、身体暴力（たたく等）及び精神的暴力（大声を発する、怒鳴る等）並びにセクシャルハラスメント（必要もなく手や腕をさわる等）のハラスメント行為を含む）を行い、その状態が改善されない場合。
- ③ 利用者が要介護認定の更新で、非該当（自立）・要支援1・要支援2と認定された場合、所定期間の経過をもってこの契約は終了します。
- ④ 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
- 1) 利用者が介護保険施設に入所した場合
  - 2) 利用者が死亡した場合
  - 3) やむを得ない事情によりステーションを閉鎖する場合

## 7. サービス提供の記録保存と情報開示

サービス提供に関する記録を作成することとし、これを契約終了後5年間保存いたします。  
その記録は10:00~17:00の間、当施設にて閲覧できます。

## 8. 秘密保持の遵守

施設及びすべての職員は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその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、本契約が終了した後も継続します。

(2) 個人情報については、法人の運営する各事業が提供するサービスを適正かつ円滑に提供するために必要な範囲内で情報を収集し、各事業責任者のもとに保管するとともに、利用目的に沿った利用を行います。

なお、下記内容の場合に情報提供を行うことがありますので、ご承知おきください。

### ①内部での利用

利用等に提供する施設サービス、介護保険事務、施設サービスに係わる運営業務のうち、

- |              |                     |
|--------------|---------------------|
| 1) 入退居等の管理   | 5) 施設サービス提供職員の連携    |
| 2) 会計・経理     | 6) 施設サービスや業務の維持     |
| 3) 事故等の報告    | 7) 当効事業所内において行われる学生 |
| 4) 施設サービスの向上 | への実習の協力             |

### ②外部への提供

利用者等に提供する介護サービスのうち、

- 1) 利用者等にて提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス推進担当者会議等）、照会の回答
- 2) 利用者の疾病治療、健康維持のため、主治医等医師への連絡及び健康記録・生活提供記録
- 3) ご家族への心身の状況の説明

介護保険事務のうち、

- 1) 審査支払機関へのレセプト等の提出
- 2) 審査支払機関又は保険者からの照会の回答
- 3) 損害賠償保険などに係わる保険会社等への相談又は届出等

## 9. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、家族、市町村及び関係諸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。

## 10. 緊急時の対応方法

利用者の容態に変化等があった場合は、かかりつけ医師に連絡する等必要な措置を講じる他、事前にお聞きする緊急連絡先のご家族の方に速やかに連絡いたします。

11. サービス内容に関する相談・苦情窓口

(1) 当施設内における苦情の受付

苦情受付窓口（担当者）	受付時間	連絡先
管理者 肝付 二三枝	月曜日～金曜日 9:00～17:00	049-255-6502 helper@f-musashino.jp
カブスマン 浦尾 和江 大学教授	原則第2火曜日 14:00～16:00 上記の日時で1人のカブスマンが施設に窓口を設置しています。	Fax 042-735-7952
カブスマン 塚田 小百合 弁護士		Fax 049-252-8200
カブスマン 矢野 知彦 大学講師		Fax 048-878-3620

(2) 行政機関その他苦情受付機関

苦情受付窓口	受付時間	連絡先
富士見市高齢者福祉課	月曜日～金曜日 9:00～17:00	049-251-2711
埼玉県国民健康保険団体連合会 苦情相談係		048-824-2568

12. 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無 有 (無)

直近の実施日	
評価機関名称	
評価結果の開示	

13. 法人の概要

名称	ふじみ野福祉会
法人種別	社会福祉法人
法人所在地	埼玉県富士見市大字南畑新田 16 番地 1
電話	049-255-6102
代表者名	理事長 吉原孝好
法人の沿革	平成 13 年 12 月 社会福祉法人設立認可 平成 15 年 4 月 事業開始
法人が所有する事業・拠点	(本部所在地内) <ul style="list-style-type: none"> <li>・特別養護老人ホームむさしの (定員 73 人)</li> <li>・ショートステイむさしの (定員 11 人)</li> <li>・デイサービスセンターむさしの (定員 30 人)</li> <li>・ヘルパーステーションむさしの</li> <li>・支援センターむさしの (居宅介護支援事業所・在宅介護支援センター)</li> <li>・地域包括支援センターむさしの (介護予防支援事業所・地域包括支援センター)</li> <li>・配食サービス事業 (水子地区)</li> <li>・地域密着型特別養護老人ホームむさしの (定員 29 人)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小規模多機能型居宅介護 むさしの（登録 24 人）</li> <li>・ショートステイむさしの（地域密着空床型）</li> <li>・支援センターひだまりの庭むさしの （居宅介護支援事業所）</li> <li>・地域包括支援センターひだまりの庭むさしの （介護予防支援事業所・高齢者あんしん相談センター）</li> </ul>
--	---

サービス契約の締結にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

説明者

所 属 社会福祉法人 ふじみ野福祉会  
ヘルパーステーションむさしの

\_\_\_\_\_ 印

サービス内容の締結にあたり、上記のとおり説明を受け、それに同意します。

令和 年 月 日

<利用者>

<代理人>

住所 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

氏名 \_\_\_\_\_ 印

私（利用者）、及びその家族の個人情報については、重要事項に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

令和 年 月 日

<利用者>

<代理人>

住所 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

氏名 \_\_\_\_\_ 印

<家族の代表>

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印