

指定訪問介護事業所 札幌市第 1 号訪問型サービス 重要事項説明書

当事業所はご利用者様に対して指定通所介護サービス・札幌市通所型サービスを提供いたします。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上のご注意いただきたいことを説明いたします。

当サービスのご利用は、事業対象者もしくは原則として要介護認定の結果、「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

当施設は介護保険の指定を受けています。
(事業所番号 0170500169)

和幸園ホームヘルプサービス事業所

令和 7 年 6 月 15 日改訂

1 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 北海道ハピニス
- (2) 法人所在地 札幌市南区石山 933 番地 3
- (3) 電話番号 011-591-5210
- (4) 代表者氏名 石川 由男
- (5) 設立年月日 昭和 47 年 12 月 21 日

2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 訪問介護事業、第 1 号訪問事業
- (2) 事業の目的
介護保険法令に従い、ご契約者(利用者)が居宅において、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 和幸園ホームヘルプサービス事業所
- (4) 事業所の所在地 札幌市南区常盤 5 条 1 丁目 1-7
- (5) 電話番号 011-592-7827
FAX 番号 011-592-7775
- (6) 管理者 日野 直美
- (7) 当事業所の運営方針
ご契約者の心身の特性を踏まえて、その方の人権を尊重し自立した日常生活を営む事ができるように生活全般にわたる援助を行います。
- (8) 開設年月日 平成 12 年 4 月 1 日
- (9) 事業の通常の実施地域 札幌市南区
- (10) 事業所の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 (日曜日及び祝日 12 月 29 日～1 月 3 日は除く)
営業時間	午前 9 時～午後 6 時 (電話での受付は 24 時間いたします)

訪問介護の提供日

提供日	月曜日～日曜日 (祝日を含む) (12 月 29 日～1 月 3 日は除く)
提供時間	午前 6 時～午後 10 時 (平常の時間帯 午前 8 時から午後 6 時)

3 ホームヘルプサービス利用料金（自己負担金）

（１）介護給付

（令和 6 年 4 月 1 日改正）

身体介護	20 分未満	20 分以上 30 分未満	30 分～ 1 時間未満	1 時間～ 1 時間 30 分未満	1 時間 30 分以上 (30 分増すごとに)
1 割	183 円	274 円	435 円	638 円	730 円 (92 円)
2 割	366 円	548 円	870 円	1,275 円	1,459 円 (184 円)
3 割	549 円	821 円	1,305 円	1,912 円	2,188 円 (276 円)
生活援助		20 分以上 45 分未満	45 分以上		
1 割		202 円	247 円		
2 割		403 円	494 円		
3 割		604 円	741 円		

※厚生大臣の定める所定の金額を領収いたします。

上記料金は午前 8 時から午後 6 時までにご利用いただいた場合の料金です。（10%の特定事業所加算Ⅱを含めています）

・ 時間帯加算

午前 6 時から午前 8 時まで 上記料金の 25%増し

午後 6 時から午後 10 時まで 上記料金の 25%増し

午後 10 時から午前 6 時まで 上記料金の 50%増し

- ・ 初回加算(新規)⇒200 単位/月 205 円（1 割）又は 409 円（2 割）
613 円（3 割）

（訪問介護相当型サービスも同様）

＊算定要件

①新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら訪問介護を行なう場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行なう際に同行訪問した場合

②過去二月に入院等により訪問介護の提供を受けていない場合

- ・ 緊急時訪問介護加算⇒100 単位/月 103 円（1 割）又は 205 円（2 割）

＊算定要件

利用者やその家族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が居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行なった場合

- ・ 介護職員等処遇改善加Ⅰ 24.5%を利用総単位数に加算致します。（訪問介護相当型サービスも同様）

※特定事業所加算Ⅱについて

体制要件、人材要件に適合する場合、基本単位数の10%を加算
 ＜体制要件＞

- ① 事業所のヘルパー（登録者を含む以下同じ）に対し計画的に研修（外部研修受講を含む）を実施
- ② 利用者に関する情報や定期的な会議の開催とサービス提供責任者がヘルパーに対し、サービス提供前に文書等確実な方法により、利用者に関する情報の伝達を行うとともに事後の報告を受けていること
- ③ ヘルパーの健康診断等を定期的実施
- ④ 緊急時の対応 サービス提供中に容態の変化等があった場合はご家族等に連絡し、必要な対応を行います。

＜人材要件＞

- ① 介護福祉士と実務者研修、介護職員基礎研修、1級課程修了者の割合50%いることと、全てのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士であること。

（2）訪問介護相当型サービス

サービス区分		単価（単位）	利用者負担額		
			1割	2割	3割
要支援1	45分未満	205 単位/回	231 円	462 円	693 円
	45～60分未満	277 単位/回	312 円	623 円	935 円
	60分以上	287 単位/回	323 円	646 円	968 円
	月 額	1,176 単位/月	1,322 円	2,643 円	3,964 円
		2,349 単位/月	2,639 円	5,277 円	7,915 円
要支援2	45分未満	205 単位/回	231 円	462 円	693 円
	45～60分未満	277 単位/回	312 円	623 円	935 円
	60分以上	287 単位/回	323 円	646 円	968 円
	月 額	1,176 単位/月	1,322 円	2,643 円	3,964 円
		2,349 単位/月	2,639 円	5,277 円	7,915 円
		3,727 単位/月	4,187 円	8,373 円	12,559 円

・10%の特定事業所加算Ⅱを含めています。

4 人員体制

職 種		人 数	勤 務 体 制
管 理 者		1 名	サービス提供責任者 兼務
サービス提供責任者		3 名	常勤3名(介護福祉士)
訪問介護員		14 名	
	介 護 福 祉 士	12 名	
	訪問介護員養成研修2級	2 名	

（令和6年4月現在）

5 当事業所が提供するサービス

当事業所では、ご契約者のご家庭に訪問し、サービスを提供します。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

下記のサービスについては、利用料金の大部分（7割～9割）が介護保険から給付されます。（訪問介護相当型サービスには身体介護、生活援助の区分はありません）

＜サービスの概要＞

①身体介護

- 入浴介助…入浴の介助または、入浴が困難な方は、体を拭く（清拭）などをします。
- 排泄介助…排泄の介助、おむつ交換を行います。
- 食事介助…食事の介助を行います。
- 体位変換…体位の変換を行います。
- 通院介助…通院の介助を行います。（院内介助は保険外）
- 自立支援のための介助…利用者の日常生活能力や意欲の向上のために利用者と共に行います。

②生活援助

- 調理…ご契約者の食事の用意を行います。
- 洗濯…ご契約者の衣類等の洗濯を行います。
- 掃除…ご契約者の居室の掃除を行います。（庭等の敷地の掃除は行いません）
- 買い物…ご契約者の日常生活に必要となる物品の買い物をを行います。（預金・貯金の引き出しや預け入れは行いません）

☆ 訪問介護員が2人でサービスを行う必要がある場合は、ご契約者の同意のうえで、通常の利用料金の2倍の料金を頂きます。

（2人の訪問介護員でサービスを行う場合）

- ・ 体重の重い方（立位が困難な方）に対する入浴介助等の重介護サービスを行う場合
- ・ 暴力行為などが見られる方へのサービスを行う場合

☆ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。

償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス

＜サービスの概要＞

①通院時等の介護保険外サービス

料金・・・30分 500円

②通常のヘルプ活動後の自費サービス

午前8時～午後6時まで・・・・・・・・15分 350円

午前6時～午前8時及び午後6時～午後10時まで

・・・・・・・・15分 450円

午後10時～午前6時まで

・・・・・・・・15分 530円

③単独での自費サービス

・・・・・・・・15分 500円

午前6時～午前8時及び午後6時～午後10時まで

・・・・・・・・15分 625円

午後10時～午前6時まで

・・・・・・・・15分 750円

④介護保険給付の支給限度額を超える訪問介護サービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

⑤交通費

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。又、通院介助、買い物等でご契約者の依頼に係る交通費については、その都度お支払いいただきます。

(3) 利用料金のお支払方法

前記(1)(2)の料金、費用は毎月末日締めとし、ご請求しますので、翌月27日までに以下の方法でお支払いください。

(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

金融機関口座からの自動引き落とし

銀行：北洋銀行・北海道銀行・札幌銀行・北陸銀行・
北海道労働金庫

信用金庫：北門信用金庫等道内の各信用金庫

信用組合：道内の各信用組合

J A：札幌市農業協同組合等道内農業協同組合

郵便局：各郵便局

＜

＜請求から口座振り替えまでの流れ＞

① サービス提供の翌月の20日までに当月の請求書をお渡します。

② 翌月の27日（日曜・祝日で金融機関が休みの場合は翌営日に指定の口座振り替えによりお支払いとなります。

(4) 利用の中止、変更、追加

○利用予定日に、ご契約者の都合により、訪問介護サービスの利用の変更（短縮）をする事ができます。この場合には事前にケアマネジャーに連絡をしてから、サービスの実施前に事業者申し出て下さい。

○サービス内容の変更で、利用当日に、ご契約者の体調等の理由で予定されていたサービスが実施できない場合には、サー

- ビス内容の変更をいたします。その場合、事業者は当初のサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。
- 利用予定日に、ご契約者の都合により、訪問介護サービスに追加を希望される場合、事前にケアマネジャーに連絡をしてから事業者申し出て下さい。
 - 予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料金として料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご契約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。

＜キャンセル料金＞

利用予定日前日の午後 6 時までに申し出があった場合	無料
利用予定日前日の午後 6 時までに申し出がなかった場合	1,000 円

6 サービスの利用に関する留意事項

- (1) サービス提供を行う訪問介護員
サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。
- (2) 訪問介護員の交替
 - ① ご契約者からの交替の申し出
選任された訪問介護員の交替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替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出る事ができます。但し、ご契約者から特定の訪問介護員の指名はできません。
 - ② 事業者からの訪問介護員の交替
事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。訪問介護員を交替する場合は契約者及びその家族に対してサービス利用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。
- (3) サービス実施時の留意事項
 - ① 定められた業務以外の禁止
契約者は「5 当事業所が提供するサービス」で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼する事はできません。
 - ② 訪問介護サービスの実施に関する指示・命令
訪問介護サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、事業者は訪問介護サービスの実施にあたって契約者の事情・意向等を十分に配慮するものとします。
 - ③ 備品等の使用
訪問介護サービスの実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気等を含む）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。
- (4) 訪問介護員の禁止行為
訪問介護員は、ご契約者に対する訪問介護サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ① 医療行為
- ② 契約者もしくはその家族等からの物品等の授受
- ③ 契約者の家族等に対する訪問介護サービスの提供
- ④ 飲酒、喫煙及び飲食
- ⑤ 契約者又はその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑥ 契約者の家の外に関する行為（庭掃除、草むしり、除雪、ペットの散歩等）
- ⑦ 鍵、金銭の預かり、振り込み
- ⑧ 利用者不在の留守番

7 相談の受付

当事業所におけるご相談は以下で受け付けます。

（相談担当） 管理者 日野 直美

（受付時間） 午前 9 時～午後 6 時（月～土曜日）

（但し、日曜日・祝日 12 月 29 日～1 月 3 日は除く）

（電話番号） 011-592-7827 （F A X） 011-592-7775

8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- （1）虐待防止に関する責任者を選定しています。
虐待防止に関する責任者 管理者 日野 直美
- （2）成年後見制度の利用支援を行ないます。
- （3）従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

9 秘密の保持について

- （1）従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密は漏らしません。
- （2）従業者であったものが、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密をもらすことのないよう、必要な措置を講じています。

10 事故発生時の対応について

- （1）事業者は、利用者に対する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なうと共に、必要な措置を講じます。
- （2）事業者は（1）の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
- （3）事業者は、利用者に対する訪問介護の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ないます。
- （4）事故が生じた際にはその原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

11 身分証携行義務

訪問介護員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

12 苦情処理の体制及び手順

当事業所における苦情については、苦情受付担当者、苦情解決責任者及び第三者委員を置き、ご利用者並びにご家族様からの苦情に適切に対応いたします。

○苦情受付担当者

氏名	職務等	連絡先
日野 直美	管理者	TEL 011-592-7827 FAX 011-592-7775

○苦情解決責任者

氏 名	職務等
平松 朋紀	常務理事・法人事務局長
星野 八重子	和幸園施設長
五十嵐 敦子	グリーンハイム施設長

○第三者委員

当法人では、苦情解決にあたって、社会性、客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮して、適切な対応を行うため、下記の第三者委員を設置しています。

氏 名	職務等	
吉山 直子	石山まちづくりセンター所長	011-591-8734 (石山まちづくりセンター)
伊藤 新一郎	北星学園大学社会福祉学部教授	011-891-2731 内線 1607 (大学代表電話)

○第三者評価の実施の有無

第三者評価の実施の有無	無
-------------	---

<苦情解決の方法>

- (1) 苦情の受付
苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。
- (2) 苦情受付の確認・報告
苦情受付担当者は受け付けた苦情を確認し、苦情解決責任者と第三者委員に報告いたします
- (3) 苦情解決のための話し合い
苦情解決責任者は苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申し出人又は苦情解決責任者は、第三者委員の助言や立ち合いを求めることができます。
- (4) 苦情が解決できない場合

当施設で解決できない苦情は、下記の相談窓口に申し立てることができます。

- 札幌市保健福祉局保健福祉部介護保険課
(電話) 011-211-2547
- 北海道福祉サービス運営適正化委員会
(電話) 011-204-6310
- 北海道国民健康保険団体連合会・苦情係
(電話) 011-231-5175

13 個人情報の取り扱いについて

個人情報の取扱いについては、当事業所では、居宅サービス計画にそって利用者へのサービスが円滑に効果的に提供される為に実施されるサービス担当者会議、事務所間のカンファレンス、介護支援専門員とサービス事業所あるいは主治医等との連絡・調整において必要とされる場合、実習生の研修の際、居宅サービス計画内容について関係する行政機関および行政から委託を受けた機関より報告と情報開示を求められた場合により、利用者及び家族の情報を使用することがあります。また、介護保険サービスの質の向上のために、学会・研究会等での事例研究発表の際に使用することがあります。この場合、事業者は利用者個人を特定できないように仮名等を使用することを厳守します。

令和 年 月 日

指定訪問介護及び第1号訪問事業サービスの提供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。

和幸園ホームヘルプサービス事業所

説明者 職名：サービス提供責任者 氏名 日野 直美 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定訪問介護及び指定介護予防訪問介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏名 印

家族代表住所

氏名 _____ 印 _____

続柄