

# 重要事項説明書〔訪問介護・介護予防型訪問サービス〕 ㊦

令和6年 4月1日 改訂

## 1 事業所の概要

### (1) 指定番号およびサービス提供地域

事業所名	ケアステーションホワイトクローバー
所在地	福岡市南区玉川町7-28-102
電話番号	092-408-1290
指定番号	訪問介護 4071102828 介護予防型訪問サービス 4071102828
サービスを提供する地域	福岡市、春日市、大野城市、筑紫野市、那珂川市

上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

### (2) 営業時間

月～金	9:00～18:00
-----	------------

ただし、祝日及び8月13日から8月15日と12月30日から1月3日までを除く。

### (3) 職員体制

職種	資格	員数
管理者	介護福祉士	1名（常勤）
サービス提供責任者	介護福祉士・介護福祉士実務者研修	2名以上（常勤含む）
サービス従業者	介護福祉士・ヘルパー1級・2級・介護職員初任者研修等	26名以上（常勤含む）

#### (4) サービス提供の時間帯

	早朝(25%加算) 6:00~8:00	通常時間帯 8:00~18:00	夜間(25%加算) 18:00~22:00	深夜(50%加算) 22:00~6:00
平日・土	○	○	○	○
日・祝日	○	○	○	○

時間帯により料金が異なります。(介護保険基準)

## 2 サービス内容

- (1) 身体介護 ①食事介助 ②入浴介助 ③排泄介助 ④清拭 ⑤体位変換  
⑥買物同行 ⑦起床・就寝介助 ⑧移動・移乗介助  
⑨口腔ケア ⑩更衣介助 ⑪部分浴 ⑫通院・外出介助 等
- (2) 生活援助 ①買い物代行 ②調理 ③掃除 ④洗濯 ⑤服薬準備  
⑥ベッドメイク 等
- (3) 通院等乗降介助 ①病院受診 ②行政への手続き
- (4) その他サービス ①介護相談 等

※生活支援型訪問サービスは身体介護のサービスを行わない。

※下記のサービスは(原則として)介護保険は適用できません。

- ①利用者様本人以外の洗濯・調理・買い物・布団干し
- ②主として利用者が使用する居室等以外の掃除
- ③来客の応接(お茶・食事の手配など)
- ④自家用車の洗車・清掃
- ⑤草むしり、花木の水やりなど
- ⑥ペットの世話(犬の散歩など)
- ⑦家具・電気器具等の移動、修繕、模様替え

- ⑧大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ
- ⑨室内外屋根の修理、ペンキ塗り
- ⑩植木の剪定等の園芸
- ⑪特別な手間をかけて行う料理（おせち料理など）

### 3 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別紙に定める単位・利用者負担一覧表での合計金額です。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。

※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。

※上記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、お客様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。

※やむを得ない事情かつお客様の同意を得てサービス従業者2人で訪問した場合は、2人分の料金をいただきます。

「介護保険法による介護報酬」の支払方法について

（どちらかを選択して下さい。（ ）内に○印を記入して下さい。）

（ ） 「法定代理受領」を選択し、事業者に対し介護報酬単位をもとにご利用者の負担割合に応じた額のみを支払う。

（ ） 「償還払い」を選択し、事業者に対し10割全額を支払い、市区町村へ請求を行う。

## (2) 交通費

1の(1)記載のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。サービスを提供する地域以外にお住まいの方は、サービス従業者がお尋ねするための交通費の実費をいただく場合があります。通常の事業の実施地域から片道5km以上は200円別途頂きます。

## (3) その他

- ①お客様のお住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、電話等の費用はお客様のご負担になります。
- ②通院介助などで交通機関を利用した場合、サービス従業者の交通費はお客様のご負担になります。
- ③料金の支払方法は、毎月月末締めとし、翌月20日までに当月分の料金を請求いたしますので、26日までにあらかじめ指定の方法でお支払いください。(お支払い方法は、口座自動引落、現金集金、銀行振込の3通りの中からご契約の際に選んでいただきます。尚、銀行振込の場合は、振込手数料はお客様のご負担とさせていただきます。)

## 4 サービス提供

### (1) サービスの利用方法

まずはお電話などでお申し込みください。当事業所スタッフ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。

### (2) サービス従業者の選任

サービス従業者の選任は事業者で行います。また、事業者の都合によりサービス従業者を交代する場合があります。サービス期間中、当事業所のヘルパーが同行研修する場合がございますのでご了承ください。

### (3) 事故発生時の対応

利用者に対する指定訪問介護のサービス提供により事故が発生した場合は、市区町村、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。賠償すべき事故が発生した場合は、第7項の定めにしたがい損害賠償を速やかに行います。

### (4) その他

まれに、交通事情によりサービス時間が多少前後することがございますがご了承ください。誠に恐縮ではございますが、お茶・お菓子などの心遣いはご遠慮下さい。

## 5 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

① 虐待防止に関する責任者及び担当者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 白石 康子
-------------	-----------

② 成年後見制度の利用を支援します。

③ 苦情解決体制を整備しています。

④ 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。

⑤ 虐待防止のための対策を検討する虐待防止委員会を設置し、定期的を開催するとともに、委員会での検討結果を従業員に周知徹底します。

## 6 緊急時の対応方法

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

主治医	病 院			
	医師名			
	連絡先			
主治医への連絡基準				
緊急搬送希望 先病院	病 院			
	医師名			
	連絡先			
ご家族	氏 名		続 柄	
	連絡先			
	氏 名		続 柄	
	連絡先			

## 7 福祉サービス第三者評価について

介護サービスの情報公表	あり	実施した直近の年月日	2023年11月17日
-------------	----	------------	-------------

第三者評価の実施	なし	実施した直近の年月日	
第三者評価機関名称			
第三者評価開示の状況			

## 8 損害賠償

当事業所は以下の内容で損害賠償保険に加入しています。当事業所が利用者様に対して賠償すべき事態が生じた場合は、契約書本文第11条に基づき、誠実に対応するとともに、加入保険の範囲内により賠償いたします。

加入保険	株式会社 全福サービス
当事業所の 連絡窓口	TEL 03-3252-2035

下記の場合に適用されます。

- 当事業所のサービス提供中にヘルパーを起因とする、利用者様のけが等の事故が発生した場合。
- 当事業所のサービス提供中にヘルパーを起因とする、利用者様の財物の損壊、紛失詐欺等の損害が発生した場合。
- サービス中に電化製品（掃除機・アイロン・洗濯機）等の家電を使用する際、既に数年使用されている物が故障及び破損した場合は、この限りではありません。

## 9 当事者が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

苦情解決責任者 白石 康子

苦情受付担当者 白石 康子

苦情受け付け窓口 ☎092-408-1290

【別紙①】 指定訪問介護、介護予防型訪問サービス利用料金表

1. 要介護1～5に認定を受けた利用者（指定訪問介護）地域区分：5級地 令和6年4月1日現在

身体介護					
区分	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
20分未満	163	1,744円	175円	349円	524円
20分以上30分未満	244	2,610円	261円	522円	783円
30分以上1時間未満	387	4,140円	414円	828円	1,242円
1時間以上1時間30分未満	567	6,066円	607円	1,214円	1,820円
1時間30分以上30分を増すごとに	82	877円	88円	176円	264円

生活援助					
区分	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
20分以上45分未満	179	1,915円	192円	383円	575円
45分以上	220	2,354円	236円	471円	707円

【その他加算】

		基本単位	利用料	1割負担	2割負担	3割負担
初回加算	1月につき	200	2140円	214円	428円	642円
緊急時訪問介護加算	1回につき（身体介護について算定）	100	1070円	107円	214円	321円
口腔連携強化加算	1回につき	50	535円	54円	107円	161円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	1月につき	100	1070円	107円	214円	321円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	1月につき	200	2140円	214円	428円	642円
認知症専門ケア加算（Ⅰ）	1日につき	3	32円	4円	7円	10円
認知症専門ケア加算（Ⅱ）	1日につき	4	42円	5円	9円	13円

2. 要支援1、2に認定を受けた利用者（指定介護予防型訪問サービス）

1週当たりの標準的な回数を定める場合

サービス提供区分	訪問型独自サービス1 1 週1回程度の利用が必要な場合				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
月ごとの定額制	1,176	12,583円	1,259円	2,517円	3,775円
日割り計算	39	417円	42円	84円	126円
サービス提供区分	訪問型独自サービス1 2 週2回程度の利用が必要な場合				
	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
月ごとの定額制	2,349	25,134円	2,514円	5,027円	7,541円
日割り計算	77	823円	83円	165円	247円



サービス 提供区分	訪問型独自サービス 1 3 週 2 回を超える利用が必要な場合				
	基本 単位	利用料	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
月ごとの定額	3,727	39,878 円	3,988 円	7,976 円	11,964 円
日割り計算	123	1,316 円	132 円	264 円	395 円

### 1 月当たりの回数を定める場合

サービス 提供区分	訪問型独自サービス 2 1 標準的な内容の介護予防型訪問サービスである場合				
	基本 単位	利用料	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
日割り計算	287	3,070 円	307 円	614 円	921 円
サービス 提供区分	訪問型独自サービス 2 2 生活援助が中心である場合				
	基本 単位	利用料	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
日割り計算 (20 分以上 45 分未満)	179	1,915 円	192 円	383 円	575 円
日割り計算 (45 分以上)	220	2,354 円	236 円	471 円	707 円
サービス 提供区分	訪問型独自サービス 2 3 短時間の身体介護が中心である場合				
	基本 単位	利用料	利用者負担額		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
日割り計算	163	1,744 円	175 円	349 円	524 円

### 【その他加算】

		基本単位	利用料	1 割負担	2 割負担	3 割負担
初回加算	1 月につき	200	2,140 円	214 円	428 円	642 円
生活機能向上連携加算 (I)	1 月につき	100	1,070 円	107 円	214 円	321 円
生活機能向上連携加算 (II)	1 月につき	200	2,140 円	214 円	428 円	642 円
口腔連携強化加算	1 回につき	50	535 円	54 円	107 円	161 円

### <取得加算について>

(令和 6 年 5 月 31 日まで算定)

- ① 福祉・介護職員処遇改善加算 (I) : 13.7%
- ② 福祉・介護職員等特定処遇改善加算 (II) : 4.2%
- ③ 介護職員等ベースアップ等加算 : 2.4%

(令和 6 年 6 月 1 日から算定)

- 福祉・介護職員等処遇改善加算 (I) : 24.5%
- 福祉・介護職員等処遇改善加算 (II) : 22.4%
- 福祉・介護職員等処遇改善加算 (III) : 18.2%
- 福祉・介護職員等処遇改善加算 (IV) : 14.5%

## 【別紙②】

### 相談、要望、苦情等の窓口

訪問介護に関する相談、要望、苦情等は下記の窓口までお申し出下さい。

#### ①ケアステーションホワイトクローバー

TEL 092-408-1290

受付時間 月～金 9時00分～17時40分

#### ②福岡市各区保健福祉センター 福祉・介護保険課

別添参照

#### ③福岡県国民健康保険団体連合会 介護保険サービス苦情相談窓口

福岡市博多区吉塚本町13-47

TEL 092-642-7859

受付時間 月～金 9時～17時

### キャンセル規定

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① ご利用日の前営業日の18時までにご連絡いただいた場合、無料

② サービス開始時間にヘルパーがお伺いしてもご不在だった場合、  
介護保険規定料金の50%

## 別添

### 相談、要望、苦情等の各区窓口一覧

名称	住所	電話
		FAX
東区保健福祉センター 福祉・介護保険課	〒812-0053 東区箱崎 2-54-27	092-645-1069
		092-631-5025
博多区保健福祉センター 福祉・介護保険課	〒812-8514 博多区博多駅前 2-19-24	092-419-1081
		092-441-1455
中央区保健福祉センター 福祉・介護保険課	〒810-8622 中央区大名 2-5-31	092-718-1102
		092-771-4955
南区保健福祉センター 福祉・介護保険課	〒815-0032 南区塩原 3-25-3	092-559-5125
		092-512-8811
城南区保健福祉センター 福祉・介護保険課	〒814-0192 城南区鳥飼 6-1-1	092-833-4105
		092-822-2133
早良区保健福祉センター 福祉・介護保険課	〒814-8501 早良区百道 2-1-1	092-833-4355
		092-846-8428
西区保健福祉センター 福祉・介護保険課	〒819-8501 西区内浜 1-4-1	092-895-7066
		092-881-5874
春日市役所 高齢課介護保険担当	〒816-0804 春日市原町 3-1-5	092-584-1111
		092-584-1145
大野城市役所 介護サービス課介護保険担当	〒816-0934 大野城市曙町 2丁目 2-1	092-580-1859
		092-573-7791
筑紫野市役所 健康福祉部介護保険課	〒818-0071 筑紫野市二日市西 1丁目 1-1	092-923-1111
		092-923-5391
那珂川市役所 高齢者支援課介護保険担当	〒811-1242 那珂川市西隈 1-1-1	092-953-2211
		092-953-0688
開設時間 月曜日から金曜日の9時から17時まで（祝日を除く）		

**【事業者】** 住 所 福岡市南区玉川町7-28-102

事業者名 株式会社ホワイト 印

代表者氏名 代表取締役 白石 康子

**【事業所】** 事業所名 ケアステーションホワイトクローバー

訪問介護 (指定番号 4071102828)

介護予防型訪問サービス (指定番号 4071102828)

上記の内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本人の契約意思を確認し代筆いたしました。

代筆の場合：

氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 個人情報の利用目的

株式会社ホワイトでは、「個人情報保護法」および、利用者様の権利と尊厳を守り安全管理に配慮する「個人情報保護に関わる基本方針」に基づき、利用者様ならびその家族の個人情報を下記利用目的の達成に必要な範囲で利用いたします。なお、サービス提供期間終了後についても同様とします。

### 【利用者様への介護サービス提供に関する利用】

#### 利用目的

- ・利用者様のニーズに応じた適切な介護サービスを提供するため
- ・利用者様の介護サービス利用に関する介護保険請求、その他の事務を行うため
- ・利用者様にサービスを提供する他事業所等との連携（サービス担当者会議での情報提供、照会への回答、業務委託など）のため
- ・利用者様の診療等に当たり、外部の医師との連携のため
- ・家族等へ利用者様の心身の状況を説明するため
- ・事故等の緊急時において円滑に連絡・報告を行うため
- ・損害賠償等に関わる保険会社等への相談又は届出のため

### 【上記以外の利用】

#### 利用目的

- ・介護サービスおよび管理運営業務の維持・改善の基礎資料とするため
- ・事業所において学生等の現場実習を行うため
- ・事業所において事例研究等を行うため
- ・外部監査機関、評価機関等への必要情報提供のため

なお、上記利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱う際には、あらかじめ利用者様本人もしくは家族の同意を得ることとします。また、個人情報を利用した会議の内容や相手方などについて、本人または家族から請求があれば開示するものとします。

## 個人情報利用の同意書

私および家族は、株式会社ホワイト ケアステーションホワイトクローバーが別に定める  
個人情報の利用について同意します。

令和 年 月 日

本人（利用者）住所

氏名

印

[代筆の場合] 氏名

（身元引受人・連帯保証人）

年 月 日

家族 住所

氏名

印 続柄（ ）

年 月 日

家族 住所

氏名

印 続柄（ ）

年 月 日

家族 住所

氏名

印 続柄（ ）

## 暴力団等排除に関する誓約書

令和 年 月 日

株式会社ホワイト

代表取締役 白石 康子 殿

(本人)	住所	
	氏名	印
(代筆の場合)	代筆者名	印
	理由	
(連帯保証人)	住所	
	氏名	印
(身元引受人)	住所	
	氏名	印

私は、株式会社ホワイト（以下貴社）とのすべての取引（契約書等書面のあるものに限られない）について、下記の事項を誓約致します。

1. 私は、自身または家族もしくは親戚が、暴力団員・準構成員、暴力団関係企業、特殊知能暴力集団等その他これらに準じる者に該当しないこと、およびこれらの者と密接な関わりを有する密接交際者でないことを表明し保証します。

2. 私は、自らまたは第三者を利用して、暴力的な要求行為、法的責任を超える不当な要求行為、詐術・脅迫的行為、業務妨害行為その他これらに準ずる行為を行わないことを表明し保証します。

3. 前2項に違反した場合、貴社が何らの通知催告なしに、直ちにこの契約の全部または一部を解除できることを承諾し、異議の申し立てを行いません。

4. 貴社が、第1項および第2項に反するおそれがあると認め、当該事項に関する報告を求めた場合は、速やかに報告いたします。

この誓約書に定めるもののほか、暴力団等排除に関する事項は各都道府県暴力団排除条例に準じます。