

## 訪問介護重要事項説明書

社会福祉法人八戸市社会福祉協議会訪問介

護事業所

### ■ 訪問介護事業所の概要について

#### 1 当事業所の概要について

|          |                         |
|----------|-------------------------|
| 事業所名     | 社会福祉法人八戸市社会福祉協議会訪問介護事業所 |
| 所在地      | 青森県八戸市南郷大字島守字阿庄内 15-2   |
| 電話番号     | 0 1 7 8 - 8 2 - 3 0 0 0 |
| F A X 番号 | 0 1 7 8 - 8 2 - 3 0 0 9 |
| 事業所番号    | 0 2 7 2 7 0 0 2 7 9     |
| サービス提供地域 | 八戸市・階上町・南部町             |
| 管理者氏名    | 前田 信治                   |

#### 2 当事業所の職員体制について

| 職 種           | 資 格               | 常 勤              | 非 常 勤 | 業 務 内 容                     |
|---------------|-------------------|------------------|-------|-----------------------------|
| 管理者           | 介護福祉士             | 1 名<br>(兼務)      |       | 業務及び従業員の管理                  |
| サービス<br>提供責任者 | 介護福祉士             | 1 名              |       | 介護計画作成・利用者への<br>説明及びサービス提供等 |
| 訪問介護員         | 介護福祉士             | 2 名のうち<br>2 名が兼務 |       | サービスの提供等                    |
|               | ヘルパー 2 級<br>課程修了者 |                  | 1 名   |                             |

#### 3 当事業所の営業日及びサービス提供時間について

|          |                        |
|----------|------------------------|
| 営業日      | 1 月 1 日から 1 月 3 日を除く毎日 |
| 営業時間     | 午前 8 時 1 5 分から午後 5 時   |
| サービス提供時間 | 午前 6 時から午後 1 0 時       |

※ サービス提供時間は、社会福祉法人 八戸市社会福祉協議会会長が認めるものは、この限りではない。

## ■ 当事業所の訪問介護の特徴等について

### 1 運営方針について

- (1) 訪問介護は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止、又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的に行います。
- (2) 自らその提供する訪問介護の質の評価を行い、常にその改善を図ります。
- (3) 訪問介護の提供に当たっては、訪問介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な援助を行います。
- (4) 訪問介護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者その家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。
- (5) 訪問介護の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し適切な介護技術をもってサービスの提供を行います。
- (6) 常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言を行います。
- (7) 訪問介護の提供に当たって、利用者の心身の状況を的確に把握するため、主治医との連携を密にするよう努めます。

### 2 サービス利用のために

- (1) サービス提供に当たっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。
- (2) 利用予定日の前に、利用者の都合で訪問介護サービスの利用を中止、又は変更、もしくはサービスの追加を希望される方は事業所に申し出てください。
- (3) 訪問介護員の変更を希望される方は事業所に申し出てください。

## ■ サービスの内容について

### 1 身体介護（要介護1～5の方）

- (1)入浴介助・・・入浴の介助又は、入浴が困難な方は清拭等行います。
- (2)排泄介助・・・排泄の介助、おむつ交換を行います。
- (3)食事介助・・・食事の介助を行います。
- (4)体位交換・・・体位の交換を行います。

### 2 生活援助（要介護1～5の方）

- (1)調理・・・利用者の食事の準備を行います。
- (2)洗濯・・・利用者の衣類等の洗濯を行います。

(3)掃 除・・・・・・・・利用者の居室の掃除を行います。

(4)買 物・・・・・・・・利用者の日常生活に必要な物品の買物を行います。

※利用者に対する具体的なサービス内容、実施日及び実施回数は、居宅サービス計画（ケアプラン）に基づいたサービスを提供します。

## ■ 利用料金について

### 1 基本利用料について

訪問介護サービスを提供した場合の利用料は介護報酬告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

ただし、1ヶ月の限度額を超えたサービスは全額（10割）自己負担となります。

### 【 基本料金表 】

|         |            |          |
|---------|------------|----------|
| 身体介護 0  | 20分未満      | 163単位（円） |
| 身体介護 1  | 20分以上30分未満 | 244単位（円） |
| 身体介護 2  | 30分以上1時間未満 | 387単位（円） |
| 身体介護 3  | 60分以上90分未満 | 567単位（円） |
| 生活援助 2  | 20分以上45分未満 | 179単位（円） |
| 生活援助 3  | 45分以上      | 220単位（円） |
| 身体1＋生活1 | 生活援助20分以上  | 309単位（円） |
| 身体1＋生活2 | 生活援助45分以上  | 374単位（円） |
| 身体1＋生活3 | 生活援助70分以上  | 439単位（円） |

\*自己負担額：介護負担割合証に定める割合の額。（上記単位は1割負担の額となります）

### 2 加算及び減算について

(1) 基本料金に対して提供開始時間が平常の時間帯（午前8時～午後6時）

以外の時間帯でサービスを行う場合は、次の割合で利用料金に割増し料金が加算されます。

①夜間（午後 6時～午後10時）：25%増

②早朝（午前 6時～午前 8時）：25%増

③深夜（午後10時～午前 6時）：50%増

※割増しの基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者のケアプランに定められた時間を基準とします。

(2)利用者の同意を得て2人の訪問介護員が共同でサービスを行う必要がある場合は、2人分の利用料金となります。

① 体重の重い利用者に対する重介護サービスを行う場合

② 暴力行為等が見られる利用者へのサービスを行う場合

(3)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、自ら訪問介護を行う場合、又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合、初回加算として200単位が加算されます。

(4)利用者やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネージャーと連携を図り、ケアマネー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等が居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行った場合、緊急時訪問介護加算として100単位が加算されます。

(5)生活機能向上連携加算について

①生活機能向上連携加算（Ⅰ）100単位

訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又は、リハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る）理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体勢を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成した場合。

当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、またはICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行う。

③ 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200単位

現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合。

(6)処遇改善加算（Ⅱ）

当事業所は、介護職員処遇改善加算(Ⅱ)を算定していますので、サービス利用料の1ヶ月合計自己負担額に22.4%が加算されます。

### 3 交通費

通院介助等で公共の交通機関を利用してサービスを行う場合（バス、タクシー等）は全額利用者の負担になります。

## ■ サービス実施時の留意事項について

### 1 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（電気、ガス、水道等を含む）無償で使用させていただきます。

又事業所及び医療機関等に連絡する場合の電話等も無償で使用させていただきます。

### 2 訪問介護員の禁止行為について

訪問介護員は、利用者に対する訪問介護サービスの提供に当たって、次に該当する行為は行いません。

#### (1)医療行為

※ただし、厚生労働省で訪問介護員が行うことができると認めた医療行為については提供できます。

#### (2)利用者以外の洗濯や買物、草取り又は大掃除等

#### (3)飲酒またはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

#### (4)その他、利用者又はその家族等に行う迷惑行為

■ サービスの利用方法について

1 サービスの開始について

①サービス利用契約を結んだ後、サービスの提供を開始いたします。

2 サービスの終了について

①利用者の都合でサービスを終了したいときは、文書で解約できます。

②解約を希望する 7 日前までに解約届書をご提出ください。(共通文書 5)

③事業所の都合でサービスを終了するときは、終了 1 ヶ月前までに通知します。

3 自動終了について

次の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスの終了になります。

①利用者が介護保険施設に入所したとき

②要介護認定により要支援及び自立と認定されたとき

③利用者が死亡したとき

■ 事業者からの契約解除について

1 利用者が、サービス利用料金の支払いを 3 か月以上遅延し、利用料金を支払うよう催促したにもかかわらず、30 日以内に支払わなかった場合本契約を終了させて頂くことがあります。

2 利用者や家族の方などが当事業所や当事業所のサービスに対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為（以下、①～③）を行ったときは、直ちにサービスを終了させて頂くことがあります。

(1)身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為

(2)個人の尊厳や人格を、言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

(3)意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

※上記は、当事業所職員、取引先事業者の方、利用者及びその家族等が対象となります。

■ 利用料の支払い方法について

利用料金は、1 か月まとめて翌月の 25 日（25 日が休業日のときは翌日）に、ご指定の金融機関の口座から自動引き落としさせていただきます。  
ただし、現金支払いも可能です。

■ 支給限度額を超えた場合について

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ときは、サービス利用料金の超過分が利用者負担となります。

■ 償還払いについて

利用者が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。要支援又は要介護度の認定を受けた後、自己負担額を除く全額が介護保険から払い戻しされます。

また、居宅サービス計画書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、利用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。

■ 緊急時の対応について

サービス提供中に、利用者の様態の急変、その他緊急事態が発生した場合は、主治医・家族に連絡する等、様態の悪化を最小限に防止するように努めます。

■ 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに家族に連絡する等、必要な措置を講じます。また、利用者に対して当事業所のサービス提供により当方が賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

なお、事業所は全国社会福祉協議会と損害保険契約を結んでいます。

■ 守秘義務等について

- 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を第三者に漏洩しません。
- 2 従業者であった者が、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らすことがないよう、従業者でなくなった後においてもこれらの者の秘密を保持すべき旨に従業者との雇用契約の内容とします。

■ 研修について

従業者の資質向上を図るための研修の機会を設けるものとします。

- 1 採用時研修 採用後 6 ヶ月以内
- 2 継続研修 年 1 回以上

■ **記録の整備について**

サービス提供に関する記録書を整備し、5年間保管します。

希望があれば、事業所で閲覧できます。

■ **身体拘束の禁止について**

利用者の生命又は、身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除いて、身体的拘束を行いません。

■ **虐待の防止について**

「高齢者虐待防止のための指針」を整備し責任者を設置する等、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

■ **感染症対策について**

「感染症の予防及びまん延防止のための指針」に則り、感染症を未然に防止し、発生時は感染が拡大しないよう速やかに対応する体制を構築し、利用者の健康と安全を継続的に守ります。

■ **業務継続に向けた取り組みについて**

「BCP（業務継続計画）」を策定し、感染症や自然災害等の発生時においても、利用者に対するサービスを継続的に実施及び早期の業務再開を図ります。また、従業者においても、BCPの周知や必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

## ■苦情処理について

事業所において発生する利用者または家族の苦情に対しては、福祉サービス苦情解決第三者委員会を迅速に開催し、誠意をもって対応します。

### ● サービス内容に関する苦情・相談

- ・事業所では、介護サービスに関する苦情・相談受付窓口を設置しております。
- ・苦情相談がある場合には、所定の用紙（共通文書6）に記入の上ご提出下さい。

### 苦情の内容として・・・

- ★ 職員の対応等について
- ★ 運営等について
- ★ その他

受付窓口 → 社会福祉法人 八戸市社会福祉協議会・南郷支局  
電 話 82-3000 FAX 82-3009

受付担当者 各事業所管理者  
解決責任者 中居 真由美

〒039-1166 八戸市根城8-8-155 （八戸市総合福祉会館内）  
社会福祉法人八戸市社会福祉協議会  
電 話 0178-47-2940  
FAX 0178-47-1881

令和 年 月 日

社会福祉法人

八戸市社会福祉協議会

会長 伊藤 博 章 殿

住所

氏 名

社会福祉法人八戸市社会福祉協議会（居宅介護支援・訪問介護・通所介護）事業所の解約届け書

下記の理由により、利用者「 」と社会福祉法人八戸市社会福祉協議会居宅サービス事業との利用契約を令和 年 月 日付で解約したいので届けます。

記

## 解約理由

[illegible]

令和 年 月 日

社会福祉法人  
八戸市社会福祉協議会  
会 長 伊 藤 博 章 殿

住 所  
氏 名

社会福祉法人八戸市社会福祉協議会（居宅介護支援・訪問介護・通所介護）事業所に関する苦情相談受付申請書

貴事業の内容等について、苦情・相談等がありますので申請します。

記

1 苦情

.....  
.....  
.....  
.....

2 相談

.....  
.....  
.....  
.....

3 その他

.....  
.....  
.....  
.....

居宅重説共通文書 7

サービス開始にあたって、本書面に基づいて重要事項及び共通事項の説明をしました。

- ☐ 社会福祉法人八戸市社会福祉協議会居宅介護支援事業所
- ☐ 社会福祉法人八戸市社会福祉協議会訪問介護事業所
- ☐ 社会福祉法人八戸市社会福祉協議会通所介護事業所

令和 年 月 日

説明者職・氏名

私は、本書面に基づいて、事業所から重要事項及び共通事項の説明を受け、サービス提供開始に同意します。

令和 年 月 日

利用者住所

利用者氏名

利用者は、心身の状況等により署名ができない為、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わってその署名を代筆しました。

署名代筆者住所

署名代筆者氏

## 個人情報使用同意書

私（利用者）及びその家族の個人情報については、下記とおり必要最小限の範囲で使用することに同意します。

### 記

#### 1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるに当たって、保健・福祉機関、介護サービス事業者等と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）の外、介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、通院、救急で状態を医師、看護師等に説明する場合。

#### 2 個人情報を提供する事業所

- (1) 介護サービス計画書に掲載されている事業所。
- (2) 病院又は診療所。

#### 3 使用する期間

介護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、関係者以外の者に洩れることのないよう注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録。
- (3) その他必要な場合は、利用者・家族から了解を得るものとする。

事業所の名称

- |                                                    |
|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 社会福祉法人八戸市社会福祉協議会居宅介護支援事業所 |
| <input type="checkbox"/> 社会福祉法人八戸市社会福祉協議会訪問介護事業所   |
| <input type="checkbox"/> 社会福祉法人八戸市社会福祉協議会通所介護事業所   |

令和      年      月      日

〈利用者〉      住 所  
                    氏 名

〈家族の代表〉      住 所  
                    氏 名

利用者は、心身の状況等により署名ができない為、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わってその署名を代筆しました。

〈署名代筆者〉      住 所  
                    氏 名