

「指定訪問介護」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(茨城県指定第0875300048号)

当事業所はご契約者に対して指定訪問介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「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。

目 次

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業実施地域及び営業時間	1
4. 職員体制	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	2～5
6. サービスの利用に関する留意事項	5～7
7. 苦情の受付について	8
8. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について	8
9. 虐待防止について	8
10. 衛生管理等について	8
11. 業務継続計画の策定等について	8

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人行方市社会福祉協議会
(2) 法人所在地 茨城県行方市玉造甲478番地1
(3) 電話番号 0299-36-2020
(4) 代表者氏名 会長 鈴木 周也
(5) 設立年月 平成18年1月10日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 訪問介護事業所・平成18年1月20日指定
茨城県 0875300048号
- (2) 事業の目的 社会福祉法人行方市社会福祉協議会が開設する行方市社会福祉協議会訪問介護事業所（以下「事業所」という。）が行う訪問介護事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護福祉士又は訪問介護員研修の修了者（以下「訪問介護員等」という。）が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問介護を提供することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 行方市社会福祉協議会訪問介護事業所
- (4) 事業所の所在地 茨城県行方市玉造甲478番地1
- (5) 電話番号 0299-36-2020
- (6) 管理者氏名 管理者 平塚 国治
- (7) 事業所の運営方針 事業所の訪問介護員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。
事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・福祉サービスとの綿密な連帯を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- (8) 開設年月 平成18年1月20日
- (9) 事業所が行っている他の業務
当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。
【居宅介護支援事業】平成18年1月20日 茨城県0875300055号

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 行方市全域
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	月～金（祝日、12月29日から1月3日を除く。）
営業時間	8時30分～17時15分
サービス提供日	月～日（12月29日から1月3日を除く。）
サービス提供時間	6時～20時

4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して指定訪問介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤	非常勤	指定基準	職務の内容
1. 事業所長（管理者）	1名		1名	業務の一元的な管理
2. サービス提供責任者	4名		1名	介護計画作成・ 技術指導・調整
3. 訪問介護員	1名	13名	2. 5名	訪問介護の提供
(1) 介護福祉士	1名	5名		
(2) 訪問介護養成研修1級 (ヘルパー1級)課程修了者				
(3) 訪問介護養成研修2級 (ヘルパー2級)課程修了者		8名		

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

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。

当事業所が提供するサービスについて

- | |
|-----------------------------------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|-----------------------------------------------------|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第5条参照）

以下のサービスについては、利用料金の9割、8割又は7割が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要と利用料金〉

- | |
|-----------------------------------------------------------------------|
| ○身体介護
入浴・排せつ・食事等の介護を行います。
○生活援助
調理・洗濯・掃除・買い物等日常生活上の世話をいたします。 |
|-----------------------------------------------------------------------|

* ご契約者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は、居宅サービス計画（ケアプラン）がある場合には、それを踏まえた訪問介護計画に定められます。

①身体介護

- 入浴介助・・・入浴の介助又は、入浴が困難な方は体を拭く（清拭）などします。
- 排せつ介助・・・排せつの介助、おむつ交換を行います。
- 食事の介助・・・食事の介助を行います。
- 体位変換・・・体位の変換を行います。

②生活援助

- 調理・・・ご契約者の食事の用意を行います。（ご家族分の調理は行いません。）
- 洗濯・・・ご契約者の衣類等の洗濯を行います。（ご家族分の洗濯は行いません。）
- 掃除・・・ご契約者の居室の掃除を行います。（ご契約者の居室以外の居室、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な物品の買い物をいたします。（預金・貯金の引き出しや預け入れは行いません。）

<サービス利用料金>

それぞれのサービスについて、平常の時間帯（午前8時から午後6時）での料金は次の通りです。

サービス内容	時間	自己負担（1割）	自己負担（2割）	自己負担（3割）
身体介護1・Ⅱ	20分～30分未満	268円	536円	804円
身体介護2・Ⅱ	30分～60分未満	426円	852円	1,278円
身体介護3・Ⅱ	60分以上90分未満	624円	1,248円	1,872円
生活援助2・Ⅱ	20分～45分未満	197円	394円	591円
生活援助3・Ⅱ	45分～	242円	484円	726円

【身体介護に引き続き生活援助を行う場合】

生活1→20分 生活2→45分 生活3→70分

サービス内容	時間	自己負担（1割）	自己負担（2割）	自己負担（3割）
身体1生活1・Ⅱ	50分程度	340円	680円	1,020円
身体1生活2・Ⅱ	75分程度	411円	822円	1,233円
身体1生活3・Ⅱ	100分程度	483円	966円	1,449円
身体2生活1・Ⅱ	80分程度	497円	994円	1,491円
身体2生活2・Ⅱ	105分程度	569円	1,138円	1,707円
身体2生活3・Ⅱ	130分程度	640円	1,280円	1,920円
身体3生活1・Ⅱ	110分程度	695円	1,390円	2,085円
身体3生活2・Ⅱ	135分程度	767円	1,534円	2,301円
身体3生活3・Ⅱ	160分程度	838円	1,676円	2,514円

※所定料金に特定事業所加算Ⅱ（10%）込みの料金となっています。

【上記の料金に以下の料金が加算されます。】

加算	自己負担（1割）	自己負担（2割）	自己負担（3割）
初回加算	200円	400円	600円
生活機能向上連携加算Ⅰ	100円	200円	300円
生活機能向上連携加算Ⅱ	200円	400円	600円
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	18.2%		

※早朝（8時前）・夜間（18時以降）の利用については、25パーセントの割り増しとなります。

*「サービスに要する時間」は、そのサービスを実施するために国で定められた標準的な所要時間です。

*上記サービス利用料金は、実際にサービスに要した時間ではなく、訪問介護計画に基づき決定されたサービス内容を行うために標準的に必要となる時間に基づいて介護給付費体系により計算されます。

*平常の時間帯（午前8時から午後6時）以外の時間帯でサービスを行う場合には、次の割合で利用料金に割増料金が加算されます。割増料金は、介護保険の支給限度額の範囲内であれば、介護保険給付の対象となります。

- ・夜間（午後6時から午後9時まで）：25%
- ・早朝（午前6時から8時まで）：25%

* 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、ご契約者の同意の上で、通常の利用料金の2倍の料金をいただきます。

2人の訪問介護員でサービスを行う場合（例）

- ・体重の重い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いったん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。

※注意・緊急時訪問介護加算とは、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、居宅介護計画にない訪問介護（身体介護）を行った場合。（緊急に対応する訪問介護ではありません）

（2）介護保険の給付対象者とならないサービス（契約書第6条、第8条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

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。

	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間半未満
身体介護	2,680円	4,260円	6,240円

	20分以上 45分未満	45分以上 (60分を目安)
生活援助	1,970円	2,420円

* 平常の時間帯（午前8時から午後6時）以外の時間帯でサービスを行う場合には、次の割合で利用料金に割増料金が換算されます。

- ・夜間（午後6時から午後10時まで）：25%
- ・早朝（午前6時から8時まで）：25%

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第9条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、翌月15日までに当月分の料金を請求いたしますので、27日までにお支払ください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。お支払方法は、原則口座引き落としとさせていただきます。但し、やむを得ない事由がある場合は、現金や銀行振り込みでのお支払いも可能です。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月に、あなたが指定する口座より引き落とします。 引き落とし日 県内金融機関(ゆうちょ除く) 20日 ゆうちょ、県外金融機関 27日 ※土日祝日に重なる場合、翌営業日の引き落としとなります。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の27日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振込みください。 常陽銀行 玉造支店 普通口座 1266361
現金払い	サービスを利用した月の翌月の27日(祝休日の場合は直前の平日)までに、現金でお支払いください。

(4) 利用の中止, 変更, 追加 (契約書第10条参照)

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、訪問介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に出してください。

○利用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、取消料として下記の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。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	自己負担相当額

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問介護員の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

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。

ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

(2) サービス実施時の留意事項 (契約書第8条参照)

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は依頼することはできません。

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・意向等に十分に配慮するものとします。

③備品等の使用

訪問介護サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）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訪問時間

サービス提供の都合により、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。

（3）サービス内容の変更（契約書第 11 条参照）

サービス利用当日に、ご契約者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更した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。

（4）訪問介護員の禁止行為（契約書第 17 条参照）

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ご契約者もしくはその家族等からの金銭又は物品の授受
- ③ご契約者の家族等に対する訪問介護サービスの提供
- ④飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙
- ⑤ご契約者もしく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その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

（5）守秘義務

①事業者、サービス従事者又は従業員は、訪問介護サービスを提供する上で知り得た契約者及びその家族等に関する事項について一切第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約の終了した後あるいは担当職員退職後も継続するものです。

②前項にかかわらず、契約者に係るサービス担当者会議あるいは、福祉サービス提供上など理由がある場合には、契約者又はその家族等の同意を得て個人情報を用いることができるものとします。

(6) 緊急時の対応

サービスの提供にあたって、緊急時の連絡先として主治医を確認するなど医師・医療機関・家族への連絡体制の確保に努め、サービス実施中に病状の急変等が生じた場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

主治医	医療機関名 氏 名 連 絡 先	
ご家族	氏 名 連 絡 先	
その他	氏 名 連 絡 先	
事業所名	行方市社会福祉協議会訪問介護事業所	
事業所の対応可能時間	月～金（祝日，12月29日から1月3日を除く。） 8時30分～17時15分	
緊急時の連絡先	0299-36-2020	

(7) 事故発生時の対応

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は、市町村、利用者の家族、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。

また、利用者に対する指定訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおい損害保険株式会社
保 険 名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
補償の概要	対人対物賠償補償，管理財物，事故対応費用など

7. 苦情の受付について（契約書第 26 条参照）

（1）苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕 サービス提供責任者 石橋 李香

電話：0299-57-3030 FAX：0299-57-3020

受付時間 毎週月曜日～金曜日（祝日を除く）8時30分～17時15分

（2）行政機関その他苦情受付機関

行方市役所市民福祉部 介護福祉課 介護保険グループ	所在地 行方市玉造甲404番地 電話番号 0299-55-0111 Fax 0299-55-0110 受付時間 8時30分～17時15分
茨城県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護保険苦情相談室	所在地 水戸市笠原町978番地26 電話番号 029-301-1565 Fax 029-301-1579 受付時間 9時00分～17時00分
茨城県運営適正化委員会 （社会福祉法人茨城県社会福祉協議会）	所在地 水戸市千波町1918 電話番号 029-305-7193 Fax 029-305-7194 受付時間 9時00分～17時00分

8. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価期間の名称	
評価結果の開示状況	

9. 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、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。

虐待防止責任者	平塚 国治
---------	-------

（2）苦情解決体制を整備しています。

（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。

（4）虐待防止のための指針を整備しています。

（5）虐待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ります。

10. 衛生管理等について

事業者は、すべての従業者に対し、健康診断等を定期的実施するとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努め、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、必要な措置を講じます。

11. 業務継続計画の策定等について

事業者は、感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

指定訪問介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

行方市方社会福祉協議会訪問介護事業所

説明者職名

サービス提供責任者

氏 名

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、指定訪問介護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

【利用者】

住 所

氏 名

印

【署名代行者】

住 所

氏 名

印

(利用者との関係) 電話番号 ()

署名代行の理由