

## 「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。  
(岡山県指定 第3373300262号)

当事業所はご契約者に対して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「要支援」「要介護」と認定された方及び基本チェックリストに該当し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. 事業所の概要 .....	1
2. 事業実施地域及び営業時間 .....	2
3. 職員の体制 .....	3
4. 当事業所が提供するサービスと利用料金 .....	3
5. サービスの利用に関する留意事項 .....	6
6. 事故発生時の対応及び損害賠償 .....	8
7. 苦情の受付について .....	8
8. 秘密保持について .....	9
9. 提供するサービスの第三者評価の実施状況 .....	9

### 1. 事業所の概要

(1) 事業所の種類 訪問介護事業所・平成16年 4月 1日指定  
岡山県3373300262号

(2) 事業の目的 社会福祉法人哲西福祉会が運営する哲西福祉会訪問介護事業所が行う指定訪問介護事業及び介護保険法に基づく第1号訪問事業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養成研修の修了者が、要介護状態又は要支援状態及び基本チェックリストに該当した高

齢者に対し、適正な訪問介護事業等を提供することを目的とする。

(3) 事業所の名称 哲西福祉会訪問介護事業所

平成16年4月1日指定 岡山県3373300262号

(4) 事業所の所在地 岡山県新見市哲西町矢田4351

(5) 電話番号 0867-94-2435

(6) 管理者 氏名 藤村 晃

(7) 当事業所の運営方針

指定訪問介護事業の提供にあたっては、その利用者が可能な限りその居宅において、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、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行うものとする。

介護保険法に基づく第1号訪問事業（総合事業訪問介護）の提供にあたっては、その利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持若しくは改善を図り、又は要介護の状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すために必要な援助を行うものとする。

事業の実施にあたっては、関係市町村及び地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、地域の保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

事業所は、提供する訪問介護事業等の質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。

介護保険法に基づく指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準等を定める条例（平成24年岡山県条例第62号）、介護保険法に基づく指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法の基準等を定める条例（平成24年岡山県条例第65号）、新見市介護予防・日常生活支援総合事業の人員等に関する基準を定める要綱（平成28年新見市告示第37号）その他関係法令に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

(8) 開設年月 平成16年 4月 1日

## 2. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 新見市哲西町とする。

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～金 国民の祝日に関する法律に規定する日及び年末年始（12月29日から1月3日）を除く日
営業時間	通常の場合、午前8時30分から午後5時30分までとする。ただし、介護支援計画により、時間指定のあるもの及び臨時対応の業務については24時間体制とする。

### 3. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して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	常勤換算	指定基準	職務の内容
1. 管 理 者	1				
2. サービス提供責任者	1		1.0		
3. 訪問介護員	2.5		2.5	2.5	
(1) 介護福祉士	2.5		2.5		
(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					
(4) 訪問介護養成研修 3 級 (ヘルパー3 級) 課程修了者					

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。  
 (例) 週8時間勤務の訪問介護員が5名いる場合、常勤換算では、  
 1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

### 4. 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

以下のサービスについては、介護報酬告示上の額から介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額を差し引いた額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を行います。

☆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。

### 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。）

## <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）での料金は介護報酬告示上の額に介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額をご契約者に負担していただきます。

## サービス利用料金（別紙）

☆「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。

☆上記サービスの利用料金は、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。

☆地域特別加算 15%加算されます。

☆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10時まで）：25%
- ・早朝（午前6時から8時まで）：25%
- ・深夜（午後10時から午前6時まで）：50%

☆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。

### （2）交通費

哲西町の地域を超えた地点から1kmにつき20円とする。

### （3）利用料金のお支払い方法

前記（1）、（2）の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月15日までに現金か金融機関口座からの自動引き落としのいずれかの方法でお支払い下さい。

（1か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。）

ア. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：JA晴れの国岡山、ゆうちょ銀行

#### (4) 利用の中止、変更、追加

- 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申し出てください。
- 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。

### 5. 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) 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ことができます。ただし、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等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「4. 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へ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

たきます。

#### (4) サービス内容の変更

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。

#### (5) 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。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① 医療行為</li><li>② ご契約者もしくはその家族等からの物品等の授受</li><li>③ ご契約者の家族等に対する訪問介護サービスの提供</li><li>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</li><li>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</li><li>⑥ その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為</li></ul> |
|--|

#### (6) 契約期間

この契約の有効期間は、契約締結日から6ヵ月とします。ただし、ご契約者の介護（支援）認定有効期間の満了日が、この契約の満了日より前に到来し、介護認定が更新（変更される場合を含む。以下同じ。）される場合は、更新後の認定有効期間の満了日をもって、この契約期間の満了日とします。なお、契約満了の7日前までにご契約者と事業者とのいずれからなんの異議がないときは、この契約は更に6ヵ月間延長したものとみなし、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮に以下のような事項に該当するに至った場合は、当事業所として契約は終了します。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① ご契約者が死亡した場合</li><li>② 契約締結時において、ご契約者の心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知などにより、その結果この契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合</li><li>③ サービス利用料金を3ヵ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず支払わない場合</li><li>④ その他この契約を継続しがたい重大な事業を生じさせた場合</li></ul> |
|--|

#### ※ご契約者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解除することができます。

その場合には、契約終了を希望する日の20日前までに解約の旨をご連絡ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- |   |
|---|
| ①正当な理由がなく、契約の定めるサービスを提供しない場合<br>②事業者若しくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合<br>③その他この契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 |
|---|

## 6. 事故発生・緊急時の対応及び損害賠償

訪問介護員等は訪問介護の実施中に利用者の身体の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに応急の措置を講ずるとともに市町村、家族、居宅介護支援専門員、管理者に報告します。

事業所側に故意過失がある場合には、速やかに利用者の損害を賠償します。ただし、以下の場合には、損害賠償の責任を免れます。

- |   |
|---|
| ①ご契約者が契約締結時に心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して賠償が発生した場合<br>②ご契約者がサービスの提供を受けるため必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことを起因して損害が発生した場合<br>③ご契約者の急激な体調の変化等サービス従事者が実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合<br>④ご契約者がサービス従事者等の指示、依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合<br>⑤地震、風水災害等の天災その他自己の責に帰さない事由によりサービスの提供ができなくなった場合には、ご契約者に対してサービス提供の義務を負いません。又、このことによってご契約者に損害が生じた場合 |
|---|

## 7. 苦情・緊急時の受付について

### (1) 苦情・緊急時の受付

当事業所に対する苦情や緊急時のご相談・ご連絡は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口

苦情受付担当者 赤木 仁美

苦情解決責任者 藤村 晃

○苦情・緊急時受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:00

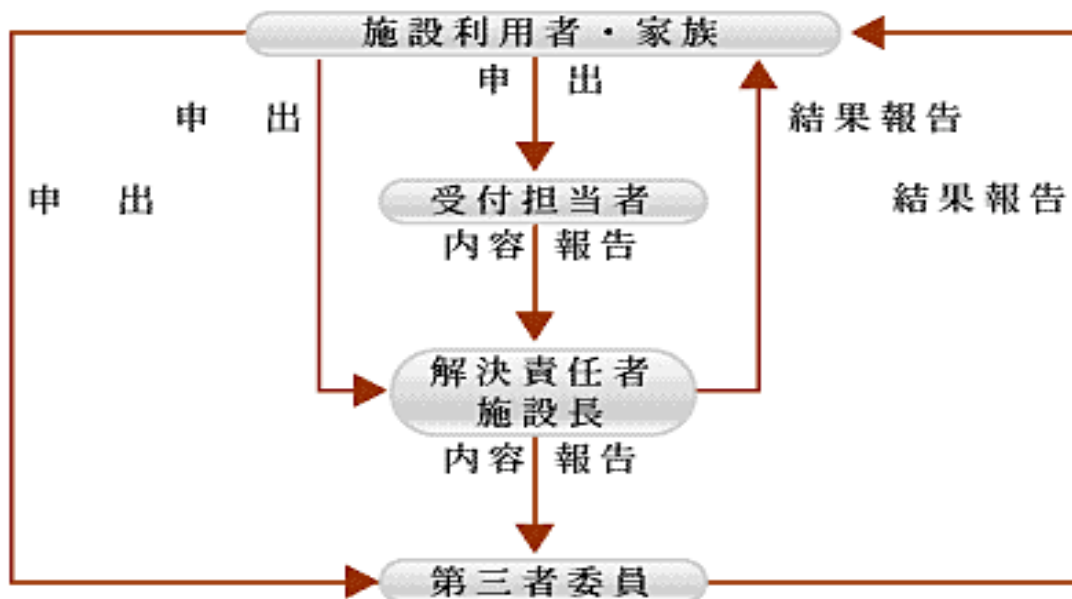
○電話番号 0867-94-3533

### (2) 行政機関その他苦情受付

新見市役所 哲西支局市民福祉係	所在地 新見市哲西町大字矢田3604 電話番号 0867-94-2111 受付時間 月～金曜 8時30分～17時
国民健康保険団体連合会	所在地 岡山市北区桑田町17番5号 電話番号 086-223-8876 受付時間 月～金曜 8時30分～17時



新見市役所福祉部 高齢者支援課介護保険係	所在地 新見市新見310-3 電話番号 0867-72-3148 受付時間 月～金曜 8時30分～17時
哲西福祉会第三者委員	埜 香 澄 電話0867-94-3182 渡 辺 昭 良 電話0867-94-2059



## 8. 秘密保持について

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。

ただし、次のような事例で利用者の個人情報や利用者の家族の個人情報を用いる場合があります。

### 【当事業所の内部での利用に係る事例】

- ①当該事業所が介護サービスの利用者等に提供する介護サービス
- ②介護保険事務
- ③介護サービスの利用者に係る事業所等の管理運営業務のうち、会計経理、事故等の報告、当該利用者の介護サービスの向上
- ④介護関係事業者の管理運営のうち、介護サービスや業務の維持・改善の基礎資料、介護保険施設等において行われる学生の実習への協力

### 【他の事業者等への情報提供を伴う事例】

- ①当該事業所等が利用者等に提供するサービスのうち、当該利用者に居宅サービスを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（サービス担当者会議等）、照会への回答、その他の業務委託、家族等への心身の状況説明
- ②介護保険事務のうち、保険事務の委託、審査支払機関へのレセプトの提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ③損害賠償保険などに係る保険会社への相談又は届出等

## 9. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

○未実施

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。

令和 年 月 日

哲西福祉会訪問介護事業所

説明者 職名 氏名 ⑩

以上のとおり契約が成立したことを証するために重要事項説明書2通を作成し、ご契約者及び事業者各自その1通を保有することとします。

事業者 住 所 岡山県新見市哲西町矢田4351  
氏 名 社会福祉法人哲西福祉会  
理事長 塚 本 陽 満 ⑩

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を受けることに同意します。また、重要事項説明書第8項に記載された利用目的のために、私の個人情報を利用することについて同意します。

契約者（利用者） 住 所  
氏 名 ⑩

上記の者は、身体等障害があるため、上記契約者（利用者）の意志を確認した上で署名を代行いたしました。

#### 署名代行の場合

署名人 住 所  
氏 名 ⑩  
(続柄： )

利用者が訪問介護事業所の提供を受けることに伴い、重要事項説明書第8項に記載された利用目的のために、契約者（利用者）の家族の個人情報を利用することについて同意します。

家 族 住 所  
氏 名 ⑩  
(続柄： )