

重要事項説明書

(訪問介護)

利用者： _____ 様

事業者： 岡谷市社会福祉協議会指定訪問介護事業所

訪問介護重要事項説明書

＜ 令和6年 6月 1日現在 ＞

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定訪問介護について、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。

わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1 指定訪問介護を提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人 岡谷市社会福祉協議会
代表者氏名	会長 小口 明 則
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	岡谷市長地権現町四丁目11番50号 電話 0266-24-2121 FAX 0266-24-3555
法人設立年月日	昭和30年4月1日

2 利用者に対しての指定訪問介護を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	岡谷市社会福祉協議会 指定訪問介護事業所
介護保険指定 事業所番号	2070400037
事業所所在地	岡谷市長地権現町四丁目11番50号 おかや総合福祉センター内
連絡先	電話 0266-21-1567 FAX 0266-24-3555
事業所の通常の 事業の実施地域	原則として岡谷市全域

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	当指定訪問介護事業所が行う指定訪問介護事業の適正な運営を確保するため、人員及び運営管理に関する事項を定め、訪問介護員が、利用者に対し、適正な各種サービスを提供することを目的とする。
運営の方針	利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って支援を行います。 関係市町村、指定居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、地域の保健、医療、福祉サービスとの連携に努めます。

(3) 営業時間

月曜日～金曜日	午前8時30分 ～ 午後5時15分
---------	-------------------

(4) 営業日、サービスの提供時間

営業日	通 年			
サービスの提供時間	通常時間 8:00～18:00	早朝 6:00～8:00	夜間 18:00～22:00	深夜 22:00～6:00
平日・土・日・祝(休)日	○	○	○	○

※時間帯により料金が異なります。

※早朝（6：00～8：00）深夜（22：00～6：00）のご利用につきましてはご相談ください。

(5) 事業所の職員体制

区 分	資 格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者		1名		事業運営の総括	1名
サービス提供責任者	介護福祉士	2名		訪問介護員に対する技術指導、訪問介護計画の作成	2名
事務職員		1名		事業に必要な事務	1名
訪問介護員	介護福祉士	1名	5名	訪問介護計画に沿った援助	6名
	1～2級修了者		3名		3名
	看護師		0名		0名

※職員体制については、契約期間中に若干の変更が生じる場合があります。

3 サービス内容

(1) 身体介護

体位変換、移動・移乗介助、更衣介助、排泄介助、食事介助、清拭、手浴、足浴洗髪、入浴介助、洗面、身体整容、外出介助 等

(2) 生活援助

環境整備、ベッドメイク等、掃除、洗濯、衣類の整理、補修、調理、配下膳、買い物 等

(3) 通院等乗降介助

(4) その他のサービス

日常生活上の世話、相談・助言、通院介助（保険適用外） 等

4 利用料金

(1) 介護保険サービス利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合の「基本料金」は以下のとおりであり、お支払いいただく利用者負担金は、原則として負担割合証に応じた割合の金額となります。

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。

【料金表－基本料金・昼間(午前8時～午後6時)－】

	20 分未満	20 分以上 30 分未満	30 分以上 1 時間未満	1 時間以上 1 時間 30 分未満	1 時間 30 分以上 (30 分増すごとに)
身体介護中心	1, 6 3 0 円	2, 4 4 0 円	3, 8 7 0 円	5, 6 7 0 円	8 2 0 円を加算

※引き続き生活援助を行った場合 6 5 0 円を加算

	20 分以上 45 分未満	45 分以上
生活援助中心	1, 7 9 0 円	2, 2 0 0 円

通院等乗降介助	9 7 0 円／1 回 (片道) あたり
通院等乗降介助には別途、移送車利用料金 (全額自己負担) が必要となります。 ・岡谷市内でのご利用／一律 5 5 0 円 ・岡谷市外へのご利用／5 5 0 円プラス 1 Km あたり 3 0 円が加算されます。	

- * 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 1 0 時) は 2 5 % 増し、深夜 (午後 1 0 時～午前 6 時) は 5 0 % 増しとなります。
- * 上記の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。
- * やむを得ない事情で、かつ、お客様の同意を得て、2 人で訪問した場合は、2 人分の料金となります。

初 回 加 算	新規に訪問介護計画を作成し、訪問介護を行った場合 (初回月のみ請求)	2, 0 0 0 円／月
緊急時訪問介護 加 算	ご家族等の要請を受けてケアマネージャーが必要と認め、居宅サービス計画にない身体介護を行った場合	1, 0 0 0 円／1 回
処遇改善加算Ⅱ	1 ヶ月の利用料の総額に 0. 2 0 3 を乗じた単価	

(2) 介護保険サービス以外の利用料

① 通院介助サービス (医療機関内付き添い)

訪問介護サービスをご利用の方で、通院介助のサービス (保険適用外) の要請を受けた場合に限り、以下の料金でサービスを提供いたします。

通院介助利用料 (全額自己負担)	4 0 0 円 / 1 5 分
------------------	-----------------

② 自立支援に必要なサービス

訪問介護サービス以外で自立支援に必要なサービス

時間帯	8 : 0 0 ～ 1 8 : 0 0	1 8 : 0 0 ～ 翌 8 : 0 0
利用料金	1 時間あたり 1, 6 0 0 円	1 時間あたり 2, 0 0 0 円

(3) 交通費

岡谷市にお住まいの方は無料です。

岡谷市外にお住まいの方は、サービス従業員が訪問するための交通費 (1 k m あたり 3 0 円) をいただく場合があります。

(4) キャンセル料

サービス提供をキャンセルされた場合のキャンセル料はいただきません。
キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

(5) 不在の場合

居宅サービス計画に基づき、サービス従業員が訪問し、利用者が不在の場合は、基本サービスの提供として安否の確認が必要なため、所要時間に応じて介護保険サービス以外の利用料相当が必要です。

(6) 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 料金のお支払方法
毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、20日までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行します。
お支払い方法は、銀行振込、現金集金、口座自動引落としの中から選べます。
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 まれに交通事情等によりサービス時間が多少前後する場合がございますのでご了承ください。
- ⑤ 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。
- ⑥ お客様のご希望に沿ってヘルパーを決めておりますが固定ヘルパーご希望の場合、必ずしもご希望に添えない場合がございます。やむを得ずヘルパーが変更する場合もございますのでご了承ください。
- ⑦ 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ください。

5 サービス利用にあたり

事 項	有無	備考
ホームヘルパーの変更の可否	○	変更を希望される方はお申し出ください
従業員への研修の実施	○	職場内研修の開催 広域・県的研修会への参加
サービスマニュアルの作成	○	

6 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

- ① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

(2) 個人情報の保護について

- ① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。
- ② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

7 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、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者及び責任者を選定しています。
- (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) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設立しています。
- (6) 虐待の防止のための指針を作成しています。

8 事故発生時の対応方法について

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、岡谷市、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。

また、利用者に対する指定訪問介護のサービス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	社会福祉法人 全国社会福祉協議会 損害保険ジャパン日本興亜株式会社（引受損害保険会社）
保 険 名	社協の保険
補償の概要	総合補償タイプ（対人・対物賠償 人格権侵害賠償 受託物賠償 ケアマネジメント事業による経済的損害賠償補償 不誠実行為による経済的損害賠償補償等）

9 緊急時における対応方法

サービスの提供中にご利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は速やかに主治医等に連絡します。連絡困難な場合には救急搬送などの適切な処置をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	(続柄：)
	連絡先	

10 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また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。

11 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 当事業者のご利用お客様相談・苦情担当

当事業者の訪問介護に関するご相談・苦情を承ります。

岡谷市社会福祉協議会	電話番号 0266-21-1567 FAX番号 0266-24-3555
担当 管理者 藤森 朋美	受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分

(2) その他

当事業所以外に、岡谷市相談・苦情窓口等に相談・苦情を伝えることができます。

岡谷市介護福祉課	電話番号 0266-23-4811 受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分
諏訪広域連合 介護保険課	電話番号 0266-82-8161 受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分
長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課	電話番号 026-238-1580

1.2 記録の整備

事業者は、指定訪問介護の提供に関する記録を作成することとし、これを契約終了から5年間保管します。

1.3 業務継続計画の策定等

- (1) 災害に係る業務継続計画及び感染症に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 災害及び感染症に係る研修を定期的に（年1回以上）行います。
- (3) 災害や感染症が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

1.4 衛生管理等

- (1) 感染症の予防及び蔓延の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- (2) 感染症の予防及び蔓延の防止のための指針を作成します。
- (3) 感染症の予防及び蔓延の防止のための研修及び訓練を実施します。
- (4) ホームヘルパー等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (5) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

1.5 第三者による評価の実施

第三者による評価は実施していません。

この証として本書2通を作成し、利用者、事業者が署名の上、各自1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

訪問介護サービスの提供に際し、本書面の重要事項の説明を行いました。

事業者	所在地	岡谷市長地権現町四丁目11番50号
	法人名	社会福祉法人 岡谷市社会福祉協議会
	代表者名	会長 小口 明 則
	事業所名	岡谷市社会福祉協議会 指定訪問介護事業所
	説明者氏名	

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、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	

本人の意思を確認し、署名代行しました。

(代筆

／続柄

)

代理人	住所	
	氏 名	