

指定訪問介護(ホームヘルプ)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。
(沖縄県指定 第 4773600038 号)

当事業所はご契約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. 事業の目的と運営の方針・・・・・・・・	1
4. 事業実施地域及び営業時間・・・・・・	1
5. 職員の体制・・・・・・・・・・・・・・・・	2
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金・・・・・・	2
7. サービスの利用に関する留意事項・・・・・・	5
8. 緊急時における対応方法・・・・・・・・	6
9. 事故発生時の対応・・・・・・・・・・・・・	6
10. 苦情の受付について・・・・・・・・・・	7
11. 虐待防止に関する事項について・・・・・・	8
12. 衛生管理等について・・・・・・・・・・	8
13. 業務継続計画の策定等について・・・・・・	8
14. ハラスメントの防止について・・・・・・	8

1. 事業者

事業者の名称	南風原町社会福祉協議会
事業者の所在地	南風原町字宮平697番地10
法人種別	社会福祉法人
代表者名	会長 大城 正 治
電話番号	(098)889-3217
設立年月日	昭和50年10月20日

2. 事業所の概要

事業所の名称	南風原町社協指定訪問介護事業所
事業所の所在地	南風原町字宮平697番地10
管理者の氏名	桃原 徹貞
電話番号	(098)889-3217
ファクシミリ番号	(098)889-6269
開設年月日	平成12年4月1日
指定事業所番号	4773600038

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	介護保険法の趣旨に従い、契約者が居宅においてその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう身体介護・生活支援の提供を行います。
事業所運営の方針	① 利用者の人格・意思を尊重し、適切な介護技術で一人一人のニーズに応じた訪問介護サービスを提供します。 ② 利用者の心身の状況、生活環境などの的確な把握につとめ、生活を支える訪問介護サービスを提供します。

4. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 南風原町
- (2) 営業日、営業時間及びサービス提供時間

営業日	月曜日から金曜日までとする。ただし、天災その他やむを得ず業務を遂行できない日及び国民の祝日、12月29日から1月3日までを除く。
営業時間	午前8時30分～午後5時15分まで
サービス提供日	1月1日から3日を除く毎日、但し、天災その他やむを得ず業務を遂行できない日を除く
サービス提供時間	午前7時～午後11時まで

5. 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	常勤換算	指定基準	勤務の内容
1. 事業所長(管理者)	1	0		1 名	人事・運営管理
2. サービス提供責任者	2	0	4.7	2 名	訪問介護計画作成
3. 訪問介護員	0	15		2.5 名	訪問介護の提供
(1) 介護福祉士	2	9			
(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		6			

※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。

6. 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 4 条参照）＊

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

- | |
|---|
| ○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＞（契約書第8条参照）

それぞれのサービスを利用した場合の基本利用料は下記のとおりです。利用者負担額は、原則として基本利用料の1割又は2割及び3割の額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用料は全額負担となります。

基本利用料

区 分	1回あたりの所要時間	基本利用料	利用者負担額		
			1割	2割	3割
身体介護	20分以上 30分未満	2,440 円	244 円	488 円	732 円
	30分以上 1時間未満	3,870 円	387 円	774 円	1,161 円
	1時間以上 1時間 30分未満	5,670 円	567 円	1,134 円	1,701 円
	1時間 30分以上 (30分増すごとに加算)	820 円 を加算	82 円 を加算	164 円 を加算	246 円 を加算
引き続き生活援助を算定する場合 (25分増すごとに加算)		650 円 を加算	65 円 を加算	130 円 を加算	195 円 を加算
生活援助	20分以上 45分未満	1,790 円	179 円	358 円	537 円
	45分以上	2,200 円	220 円	440 円	660 円

※ 利用者の心身の状況により、1人の訪問介護員によるサービス提供が困難であると認められる場合で、利用者の同意を得て、2人の訪問介護員によるサービス提供を行った場合、基本利用料の2倍の料金となります。

※ 1回あたりの所要時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、訪問介護計画に明記された標準の所要時間によるものとします。

要件を満たす場合に、基本利用料に下記の料金が加算されます。

サービスの実施による加算及び県への届け出による加算

加算の種類	要 件	利用料	利用者負担額		
			1 割	2 割	3 割
夜間・早朝加算	夜間（18 時～22 時）、早朝（6 時～8 時）にサービスを提供した場合	1 回につき 基本利用料の 25%			
深夜加算	深夜（22 時～翌朝 6 時）にサービスを提供した場合	1 回につき 基本利用料の 50%			
緊急時訪問 介護加算	利用者や家族等からの要請を受け、緊急に身体介護サービスを行った場合	1 回につき 1,000 円	100 円	200 円	300 円
初回加算	新規に訪問介護計画を作成した利用者に、サービス提供責任者が自ら訪問介護を行うか他の訪問介護員に同行した場合	1 ヶ月につき 2,000 円	200 円	400 円	600 円
生活機能向上 連携加算（Ⅰ）	訪問リハビリテーションの理学療法士等とサービス提供責任者が共同して訪問介護計画を作成した場合（初回の訪問介護から 3 ヶ月間を限度）	1 ヶ月につき 1,000 円	100 円	200 円	300 円
介護職員処遇改 善加算Ⅰ	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合	1 ヶ月につき 基本利用料の 27.0～28.7%			
介護職員処遇改 善加算Ⅱ		1 ヶ月につき 基本利用料の 24.9～26.6%			
介護職員処遇改 善加算Ⅲ		1 ヶ月につき 基本利用料の 20.7%			
介護職員処遇改 善加算Ⅳ		1 ヶ月につき 基本利用料の 17.0%			

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（２） 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第 5 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。

（３） 交通費（契約書第 8 条参照）

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実績をいただきます。

なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収します。

- ①通常の事業の実施地域を超えてから片道おおむね 3 km 未満 無料
- ②通常の事業の実施地域を超えてから片道おおむね 3 km 以上の場合には 2 km につき 50 円

(4) 利用料金のお支払方法（契約書第8条参照）

前記（１）～（３）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２１日までに以下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．下記指定口座への振り込み

沖縄県農業協同組合 南風原支店

口座番号 普通預金 ０３９５１５３

口座名義 南風原町社会福祉協議会

イ．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：各銀行、農協、郵便局

ウ．現金支払

(5) 利用の中止、変更、追加（契約書第8条・第9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申し出て下さい。
- 利用当日のサービス開始時間２時間以内のキャンセルについては、一律 1,000 円のキャンセル料を請求することができます。この場合、キャンセル料は介護給付費ではなく、利用者個人負担となります。その支払い方法は直接納付または、利用料と合算して口座振替にて納付していただきます。
- 上記のキャンセル料の発生について、緊急かつやむえない理由によるキャンセルの場合には免除することができます。
- 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。

7. サービスの利用に関する留意事項

(1) 訪問介護員の交替（契約書第6条参照）

①ご契約者からの交替の申し出

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。

① 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。

(2) サービス実施時の留意事項（契約書第7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。

(3) サービス内容の変更（契約書第10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14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高価な物品等の授受
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
⑤その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為 |
|--|

8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先（家族等）	氏名（利用者との続柄） 電話番号	

9. 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、速やかに利用者の家族、南風原町及び利用者

係る居宅介護支援事業者等へ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。

【南風原町役場 保健福祉課 窓口】	所在地 電話番号 ファックス番号 受付時間	南風原町字兼城 6 8 6 8 8 9—4 4 1 6 8 8 9—7 6 5 7 月～金 8：30～17：00
【高齢者福祉班 窓口】	所在地 電話番号 ファックス番号 受付時間	南風原町字兼城 6 8 6 8 8 9—4 4 1 6 8 8 9—7 6 5 7 月～金 8：30～17：00
【居宅支援事業所の窓口】	事業所名 所在地 電話番号 担当介護支援専門員	
【損害賠償責任保険】	保険会社名 保険名	損害保険ジャパン日本興亜株式会社 社協の保険

10. 苦情の受付について（契約書第 23 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 高野智英子

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

8：30～17：15

○電話番号 889－3217

FAX 889－6269

携帯電話 090－5088－6663（高野智英子）

（2）行政機関その他苦情受付機関

南風原町役場 保健福祉課	所在地 電話番号 受付時間	南風原町字兼城 686 889－4416 月～金 8：30～17：00
沖縄県介護保険広域連合	所在地 電話番号 受付時間	読谷村字比謝 55 911－7502 月～金 8：30～17：00
沖縄県国民健康保険 団体連合会	所在地 電話番号 受付時間	那覇市西 3-14-18 863－2321 月～金 8：30～17：00
沖縄県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 電話番号 受付時間	那覇市首里石嶺町 4-373-1 882－5704 月～金 9：00～17：00

11. 虐待防止に関する事項について（契約書第 24 条参照）

(1) 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じます。

- ①虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について従事者に周知徹底を図ります。
- ②虐待防止のための指針の整備をしています。
- ③虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- ④3 号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。

虐待防止に関する担当者	管理者 桃原 徹貞
-------------	-----------

(2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

12. 衛生管理等について（契約書第 25 条参照）

(1) 事業所は、訪問介護に使用する用品を清潔に保持し、定期的な消毒を施す等、衛生管理に十分留意します。

(2) 事業所は、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、次に掲げる措置を講じます。

- ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね 6 月に 1 回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- ③ 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

13. 業務継続計画の策定等について（契約書第 26 条参照）

(1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護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（以下「業務継続計画」という。）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。

(2) 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

(3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

14. ハラスメントの防止について（契約書第 27 条参照）

事業所は、適切な指定訪問介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより訪問介護員等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

年 月 日

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、交付しました。

事業者 所在地 南風原町字宮平697番地10
事業者名 南風原町社協指定訪問介護事業所
南風原町社会福祉協議会
代表者名 会長 大城 正 治 印

説明者職名 _____

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、受領しました。

利用者 住 所 南風原町字 _____
氏 名 _____ 印

署名代行者
住 所 _____
氏 名 _____ 印

契約者との続柄 ()