

## 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。

(指定番号 - 3370101234)

当事業所施設はご利用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、利用上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

◇ ◆ 目 次 ◆ ◇	
1. 施設経営法人	1
2. ご利用事業所	2
3. サービスの提供体制	2
4. サービス内容	2
5. サービスの利用方法	3
6. サービスの利用料金	4
7. 緊急時の対応方法	5
8. 事故発生時の対応	5
9. 苦情の受付について	5
10. 守秘義務について	5
11. 虐待防止の取り組み	5
12. 成年後見制度の活用支援	6
13. その他の運営に関する重要事項	6

### 1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人恩賜財団済生会 支部岡山県済生会
- (2) 法人所在地 岡山市北区国体町2-25
- (3) 電話番号 (086)252-2211
- (4) 代表者氏名 支部長 山本和秀
- (5) 設立年月 昭和27年5月26日

## 2. ご利用事業所

- (1) 事業所の種類 訪問介護事業所 指定番号 3370101234 号  
指定年月日 平成11年4月1日
- (2) 事業所の目的 老人福祉法及び介護保険法に基づく介護保険サービスを提供する
- (3) 事業所の名称 岡山済生会ヘルパーステーション
- (4) 事業所の所在地 岡山市北区国体町3番12号
- (5) 電話番号 (086)252-2222
- (6) 管理者氏名 三輪利香
- (7) 当事業所の運営方針 利用者が要介護状態となった場合、可能な限りその居宅においてその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことが出来るように配慮し、入浴、排泄、食事の介護、その他の生活全般に係わる援助が行われるよう努める。
- (8) 開設年月 平成10年4月1日

## 3. サービスの提供体制

- (1) 当事業所が提供するサービスについての相談窓口・緊急連絡先  
担当者 三輪利香  
電話 086-252-2222  
電話 086-252-2292(直通)  
営業時間 午前8時30分～午後4時30分
- (2) 職員の体制

	資 格	常 勤	非 常 勤	計
管 理 者	介 護 福 祉 士	1名	—	1名
サービス提供責任者	介 護 福 祉 士	1名	—	1名
	ホームヘルパー1級	0名	—	
従 事 者	介 護 福 祉 士	1名	6名	7名
	ホームヘルパー1級修了者	0名	0名	0名
	ホームヘルパー2級修了者	0名	0名	0名

### (3) サービスの提供時間

	通常時間帯 8:00～18:00	早 朝 6:00～8:00	夜 間 18:00～22:00
平 日	○	○	○
土・日・祝日	○	○	○

※時間帯により料金が異なります。

- (4) サービス提供地域 中央中学校区・岡北中学校区・京山中学校区・石井中学校区・桑田中学校区  
※ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。  
ただし、ヘルパーステーション車での訪問が不可能な場合は当事業所から2キロメートル以内とします。

## 4. サービス内容

### (1) 身体介護

- ① 動作介護
- ・体位交換
  - ・移乗介助
  - ・就寝介助
  - ・移動介助
  - ・起床介助
  - 等



身 体・生 活	身体介護に 生活援助20分以上	身体介護に 生活援助45分以上	身体介護に 生活援助70分以上
	65単位(663円)	130単位(1,327円)	195単位(1,990円)

※ 事業者と同一建物の利用者にサービス提供を行う場合10%減算されます。

○ 厚生労働大臣が定める1単位の単価は、10円に事業所が所在する地域区分及びサービス種類に応じた『割合』を乗じて得た額とします。  
(岡山市は7級地で、訪問介護の割合は、1,021/1,000で、1単位10.21円です。)

○ 基本料金に対して早朝(6:00~8:00)・夜間(18:00~22:00)は25%割増になります。

○ 料金表の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者の居宅サービス計画(ケアプラン)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、利用者の同意を得て、2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。

○ 通常の事業の実施地域以外で行う指定訪問介護に要した交通費は、利用者の同意を得る事により、利用者より実費の支払いを受ける事が出来ます。(実施地域を越えて1キロメートルにつき 50円)

○ 基本料金に対して特定事業所加算(Ⅱ)10%加算されます。

○ 「特定事業所加算」とは、介護福祉士等の有資格者が一定割合所属する等の条件を満たした事業所に対する加算です。

○ 初回加算・・・新規に契約されたご利用者に対して、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、200単位/月加算されます。

○ 緊急時訪問介護加算・・・利用者またはその家族からの要請に基づき、担当介護支援専門員と連携し、当該介護支援専門員が必要と認めた場合に居宅サービス計画において計画的に訪問することとなっていない指定訪問介護(身体介護に限る)を緊急に行った場合 100単位/1回につき加算されます。

○ 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)口として所定単位数に28.7%加算されます。

(2) キャンセル料  
頂きません。

(3) その他

① 利用者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、利用者のご負担になります。

#### (4) 利用料金のお支払い方法

利用料は、1ヶ月ごとに計算し、毎月10日までに請求書を発行しますので、その月の20日までに次のいずれかの方法でお支払いください。

- ア. 窓口での現金払い
- イ. 指定口座への振込  
中国銀行 奉還町支店 普通預金口座 No.1633412  
岡山済生会ヘルパーステーション  
岡山県済生会 常務理事 森本尚俊
- ウ. 金融機関からの自動引き落とし  
ご利用できる金融機関：中国銀行

#### 7. 緊急時の対応方法

- ・サービス提供中に容体の変化等があった場合は、速やかに主治医、救急隊、親族、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。

#### 8. 事故発生時の対応

- ・事業所は、利用者に対する介護サービスの提供にあたって事故が発生した旨をヘルパーより連絡があり次第、速やかに利用者の家族、市町村、居宅介護事業所等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- ・事業所は、サービスの提供にともなって事業所の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は利用者に対してその損害を賠償します。
- ・事故再発防止のために職員会議などで徹底します。
- ・事故の状況及び事故に際して行った処置について記録します。

#### 9. サービス内容に関する苦情

##### (1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の窓口で受付ます。

- 苦情受付窓口  
担当者 三輪利香 TEL086-252-2222
- 受付時間  
毎週月曜日～金曜日 9時～17時（祝日の場合を除く）

##### (2) 第三者委員

##### (3) 当事業所以外にも相談・苦情を受け付けています。

岡山市保健福祉局介護保険課 TEL086-803-1240  
岡山県国民健康保険団体連合会(県国保連)  
TEL086-223-8811(苦情処理)  
岡山市事業者指導課 TEL086-212-1012

#### 10. 守秘義務について（個人情報を含む）

- 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ご利用者またはその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務（個人情報を含む）は、ご利用者のサービス終了後も継続します。
- 事業者は、ご利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。

11. 虐待防止の取り組み

- 当事業所は、従業者に対する虐待の防止を啓発、普及するための委員会と研修を実施しています。
- 万が一当事業所の従業者より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。
- 当事業所では、虐待の防止を啓発、普及するため専用窓口を設置しています。

- ・ 虐待防止担当者  
サービス提供責任者 三輪利香 TEL086-252-2222
- ・ 虐待防止責任者  
総括総務部長 高中和明 TEL086-252-2222
- ・ 受付時間  
毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30(祝日の場合は除く)

12. 成年後見制度の活用支援

- 当事業所では適正な契約手続きを行うため、必要に応じて成年後見制度の利用方法や関係機関の紹介等、成年後見制度を活用できるように支援します。

13. その他施設の運営に関する重要事項

- 利用者本人または家族の求めに応じて、当施設にて規程する個人情報保護規定に基づき、サービス提供記録を開示します。

令和 年 月 日

訪問介護の提供の開始に際し、利用者並びに申請者に対して、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業署名 岡山済生会ヘルパーステーション

説明者職名 サービス提供責任者 氏名 三輪利香印

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、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 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

代理人  
住所 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

# 同意書

訪問介護事業者

岡山済生会ヘルパーステーション 殿

私がよりよい介護を受けるためのサービス担当者会議等において、訪問介護事業者が把握した私及び家族に関する個人情報(下記)を提供することに対して同意いたします。

令和 年 月 日

サービス利用者

住所

氏名

印

ご家族

住所

氏名

印

署名代行者

住所

氏名

印

本人との関係 [ ]

代筆の理由

提供される情報

現在利用している介護サービス(種類、利用回数等)に対する私・家族の希望、私及び家族の身体状況、私及び家族の住居状況 等

## 第1号訪問事業 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。

(指定番号 - 3370101234)

当事業所施設はご利用者に対して介護予防訪問介護又は第1号訪問事業を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

### ◇ ◆ 目 次 ◆ ◇

1. 施設経営法人	1
2. ご利用事業所	1
3. サービスの提供体制	2
4. サービス内容	2
5. サービスの利用方法	3
6. サービスの利用料金	3
7. 緊急時の対応方法	4
8. 事故発生時の対応	4
9. 苦情の受付について	4
10. 守秘義務について	5
11. 虐待防止の取り組み	5
12. 成年後見制度の活用支援	5
13. その他の運営に関する重要事項	5

#### 1. 施設経営法人

- |           |                        |
|-----------|------------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人恩賜財団済生会 支部岡山県済生会 |
| (2) 法人所在地 | 岡山市北区国体町2-25           |
| (3) 電話番号  | (086)252-2211          |
| (4) 代表者氏名 | 支部長 山本和秀               |
| (5) 設立年月  | 昭和27年5月26日             |

#### 2. ご利用事業所

- |             |  |
|-------------|--|
| (1) 事業所の種類  | 介護予防 指定番号 3370101234 号<br>訪問介護事業所 指定年月日 平成18年4月1日<br>第1号訪問事業 指定年月日 平成29年4月1日 |
| (2) 事業所の目的  | 老人福祉法及び介護保険法に基づく介護保険サービスを提供する  |
| (3) 事業所の名称  | 岡山済生会ヘルパーステーション  |
| (4) 事業所の所在地 | 岡山市北区国体町3番12号  |
| (5) 電話番号    | (086)252-2222  |
| (6) 管理者氏名   | 三輪利香   |

(7) 当事業所の運営方針 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、又は要介護状態となることを予防し自立した日常生活が営むことが出来るよう生活全般にわたる支援が行われるよう努める。

(8) 開設年月 平成18年4月1日

### 3. サービスの提供体制

(1) 当事業所が提供するサービスについての相談窓口・緊急連絡先

担当者 三輪利香

電話 086-252-2222

電話 086-252-2292(直通)

営業時間 午前8時30分～午後4時30分まで

(2) 職員の体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	介護福祉士	1名	—	1名
サービス提供責任者	介護福祉士	1名	—	1名
	ホームヘルパー1級	0名	—	
従事者	介護福祉士	1名	6名	7名
	ホームヘルパー1級修了者	0名	0名	0名
	ホームヘルパー2級修了者	0名	0名	0名

(3) サービスの提供時間

	通常時間帯 8:00～18:00	早朝 6:00～8:00	夜間 18:00～22:00
平日	○	○	○
土・日・祝日	○	○	○

※時間帯により料金が異なります。

(4) サービス提供地域 中央中学校区・岡北中学校区・京山中学校区・石井中学校区・桑田中学校区

※ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

ただし、ヘルパーステーション車での訪問が不可能な場合は当事業所から2キロメートル以内とします。

### 4. サービス内容

(1) 身体介護

- |          |        |       |        |
|----------|--------|-------|--------|
| ① 動作介護   | ・体位交換  | ・移乗介助 | ・就寝介助  |
|          | ・移動介助  | ・起床介助 | 等      |
| ② 身の回り介護 | ・排泄介助  | ・部分清拭 | ・部分浴介助 |
|          | ・着替え介助 | ・整容介助 | 等      |
| ③ 生活介護   | ・食事介助  | ・入浴介助 | ・全身清拭  |
|          |        |       | 等      |

(2) 生活援助

- |      |     |     |       |
|------|-----|-----|-------|
| ・買い物 | ・掃除 | ・洗濯 | ・調理 等 |
|------|-----|-----|-------|

(3) その他のサービス

- |       |   |
|-------|---|
| ・介護相談 | 等 |
|-------|---|

## 5. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

地域包括支援センターにご相談ください。  
介護予防サービス計画に基づきヘルパーステーションの者が介護計画(案)を持参して伺います。ご了承いただき契約を結んだ後にサービスの提供を開始いたします。

### (2) サービスの終了

- ① 利用者のご都合でサービスを終了する場合  
サービスの終了を希望する日の一週間前までに文書でお申し出ください。
- ② 当事業所の都合でサービスを終了する場合
  - ・訪問介護の実施に際し、利用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、又は不実の告知を行い、その結果この契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合
  - ・利用者、ご家族が故意又は重大な過失により、当ヘルパーステーション若しくは訪問介護員の生命、身体、信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行う等この契約を継続し難い重大な事情を生じさせた場合
  - ・人員不足等やむを得ない場合
- ③ 自動終了  
以下の場合は双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。
  - ・利用者が介護保険施設に入所した場合
  - ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、自立と認定された場合
  - ・利用者がお亡くなりになった場合

## 6. サービスの利用料金

### (1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用される場合は原則として基本料金(料金表)に利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。

#### 【料金表－基本料金】(介護予防訪問サービス)

対象	利用頻度	事業対象者	要支援1	要支援2	介護報酬
介護予防(Ⅰ)	週1回程度利用	○	○	○	1,176単位(12,006円)/月
介護予防(Ⅱ)	週2回程度利用	○	○	○	2,349単位(23,983円)/月
介護予防(Ⅲ)	(Ⅱ)超える利用	×	×	○	3,727単位(38,052円)/月

#### 【料金表－基本料金】(生活支援訪問サービス)

対象	利用頻度	事業対象者	要支援1	要支援2	介護報酬
介護予防(Ⅰ)	週1回程度利用	○	○	○	862単位(8,801円)/月
介護予防(Ⅱ)	週2回程度利用	○	○	○	1,721単位(17,571円)/月
介護予防(Ⅲ)	(Ⅱ)超える利用	×	×	○	2,722単位(27,791円)/月

※ 事業者と同一建物の利用者にサービス提供を行う場合10%減算されます。

- 厚生大臣が定める1単位の単価は、10円に事業所が所在する地域区分及びサービス種類に応じた『割合』を乗じて得た額とします。  
(岡山市は7級地で、訪問介護の割合は、1,021/1,000で、1単位10.21円です。)通常の実業の実施地域以外で行う指定訪問介護に要した交通費は、利用者の同意を得る事により、利用者より実費の支払いを受ける事が出来ません。(実施地域を越えて1キロメートルにつき 50円)
- 初回加算・・・新規に契約されたご利用者に対して、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、200単位/月加算されます。
- 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)口として所定単位数に28.7%加算されます。

〔生活支援訪問サービスの場合〕

- サービス提供資格評価加算として、介護福祉士等の有資格者がサービスを提供した場合、10単位/回加算されます。
- 上級資格責任者配置加算として、基本報酬の10%相当加算されます。
- 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)口として28.7%加算されます。

(2) その他

- 利用者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、利用者のご負担になります。

(3) 利用料金のお支払い方法

利用料は、1ヶ月ごとに計算し、毎月10日までに請求書を発行しますので、その月の20日までに次のいずれかの方法でお支払いください。

ア. 窓口での現金払い

中国銀行 奉還町支店 普通預金口座 No.1633412  
岡山済生会ヘルパーステーション  
岡山県済生会 常務理事 森本尚俊

ウ. 金融機関からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：中国銀行

7. 緊急時の対応方法

- ・サービス提供中に容体の変化等があった場合は、速やかに主治医、救急隊、親族等へ連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

8. 事故発生時の対応

- ・事業所は、利用者に対する介護サービスの提供にあたって事故が発生した旨をヘルパーより連絡があり次第、速やかに利用者の家族、市町村等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- ・事業所は、サービスの提供にともなう事業所の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

- ・事故再発防止のために職員会議などで徹底します。
- ・事故の状況及び事故に際して行った処置について記録します。

## 9. サービス内容に関する苦情

### (1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の窓口で受付ます。

- 苦情受付窓口  
担当者 三輪利香                      Tel.086-252-2222
- 受付時間  
毎週月曜日～金曜日9時～17時(祝日の場合を除く)

### (2) 第三者委員

### (3) 当事業所以外にも相談・苦情を受け付けています。

岡山市保健福祉局介護保険課 Tel.086-803-1240

岡山県国民健康保険団体連合会(県国保連)

Tel.086-223-8811(苦情処理)

岡山市事業者指導課

Tel.086-212-1012

## 10. 守秘義務について(個人情報を含む)

- 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ご利用者またはその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務(個人情報を含む)は、ご利用者のサービス終了後も継続します。
- 事業者は、ご利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。

## 11. 虐待防止の取り組み

- 当事業所は、従業者に対する虐待の防止を啓発、普及するための委員会と研修を実施しています。
- 万が一当事業所の従業者により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。
- 当事業所では虐待の防止を啓発、普及するため専用窓口を設置しています。

### ・虐待防止担当者

サービス提供責任者                      三輪利香                      Tel.086-252-2222

### ・虐待防止責任者

総括事務部長                              高中和明                      Tel.086-252-2222

### ・受付時間

毎週月曜日～金曜日    8:30～17:30 (祝日の場合は除く)

## 12. 成年後見制度の活用支援

- 当事業所では適正な契約手続き等を行う為、必要に応じて成年後見制度の利用方法や関係機関の紹介等、成年後見制度を活用できるように支援します。

13. その他施設の運営に関する重要事項

- 利用者本人または家族の求めに応じて、当施設にて規程する個人情報保護規定に基づき、サービス提供記録を開示します。

令和 年 月 日

介護予防訪問介護又は第1号訪問事業の提供の開始に際し、利用者並びに申請者に対して、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業署名 岡山済生会ヘルパーステーション

説明者職名 サービス提供責任者 氏名 三輪利香

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、介護予防訪問介護又は第1号訪問事業のサービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所 氏名

代理人 続柄 住所 氏名

## 同意書

介護予防訪問介護事業者  
岡山済生会ヘルパーステーション 殿

私がよりよい介護を受けるためのサービス担当者会議等において、介護予防訪問介護事業者が把握した私及び家族に関する個人情報(下記)を提供することに対して同意いたします。

令和 年 月 日

サービス利用者

住所

氏名

ご家族

住所

氏名

署名代行者

住所

氏名

本人との関係 [ ]

代筆の理由

提供される情報

現在利用している介護予防サービス(種類、利用回数等)に対する私・家族の希望、私及び家族の身体状況、私及び家族の住居状況 等