

## 訪問介護サービス重要事項説明書

＜ 2025 (令和7)年4月1日現在＞

### 1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 大野城市社会福祉協議会
所在地	〒816-0934 福岡県大野城市曙町2丁目3番2号
電話番号	092-589-5533
代表者	会長 楠林 義治
設立年月	昭和47年10月

### 2 事業所の概要

#### (1) 提供できるサービスの地域と種類

事業所名	社会福祉法人 大野城市社会福祉協議会
代表者	会長 楠林 義治
所在地	〒816-0934 福岡県大野城市曙町2丁目3番2号 大野城市総合福祉センター
電話番号	092-589-5533
FAX・メール	FAX : 092-589-5531 メール:onojo-kaigo@onojo-vc.jp
管理者氏名	高原 信治
サービスの種類	訪問介護
指定事業所番号	4073200018
サービスを提供する地域	大野城市、春日市、太宰府市、福岡市博多区
第三者評価の実施状況	実施の有無 : 無

#### (2) 事業所の職員体制

職 種	資 格	常勤	非常勤	計	業務内容
管 理 者	社会福祉士	1		1	介護保険事業の統括
サービス提供責任者	介護福祉士	3		3	訪問介護員の需給調整
訪問介護員	介護福祉士	1	5	6	サービスの提供
	2級ヘルパー		3	3	〃
その他サービス従事者	介護支援専門員	2		2	ケアマネジメント
	看護師		2	2	訪問入浴介護看護師
	相談員	(1)		(1)	苦情処理・相談業務
	ソーシャルワーカー	(1)		(1)	ケースワーク・相談業務等
	介護福祉士	1	1	2	訪問入浴
	社会福祉士	(2)		(2)	
合 計		8	11	19	

### (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 ただし、12/29～1/3までを除く
営業時間	8：30～17：00

### (4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日～日曜日
サービス提供時間	7：00～24：00

※電話により24時間対応可能

## 3 事業の目的と運営方針

要介護者等の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ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必要な援助を行います。また、本事業の実施にあたっては、関係市町村及び地域の保健医療・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的かつ効果的なサービスの提供に努めるものとします。

## 4 利用者負担金

(1) お支払いいただく利用者負担金は次のとおりです。

利用者負担金は、介護保険の適用がある場合は、介護保険の法定利用料に基づく金額の1割から3割となります。

但し、介護保険の適用がある場合でも、保険料の滞納などにより1割から3割の利用者負担金で利用できなくなる場合があります。その場合は、利用者は、事業者へ利用料を全額支払い、事業者はサービス提供証明書を発行します。サービス提供証明書を後日、市の窓口に出しますと保険給付分の払い戻しを受けられます。

(2) (1) のほかに利用者は、サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気等及び、緊急時等に事務所へ連絡する場合の電話代を負担して頂きます。

(3) 利用者負担金については、翌月に明細を付して請求を致します。

(支払い方法については、別途説明を致します。)

**【基本部分】**

(単位：円)

サービス名称	所要時間	利用料金	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
身体介護	20分未満	1,698	170	340	510
	20分以上30分未満	2,542	255	509	763
	30分以上1時間未満	4,032	404	807	1,210
	1時間以上1時間30分未満	5,908	591	1,182	1,773
生活援助	20分以上45分未満	1,865	187	373	560
	45分以上	2,292	230	459	688

(注1) 当事業所は介護保険の定める地域区分「6級地」に該当するため、利用料総額は利用者単位数に10.42を乗じた金額になります。

**【加算】**

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

(単位：円)

加算の項目	加算料金	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
初回加算(1月につき)	2,084	209	417	626
緊急時訪問介護加算(1回につき)	1,042	105	209	313
生活機能向上連携加算Ⅰ(1月につき)	1,042	105	209	313
生活機能向上連携加算Ⅱ(1月につき)	2,084	209	417	626
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)(1月につき)	月間の利用総単位数(基本報酬+各種加算・減算)×24.5%			
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)(1月につき)	月間の利用総単位数(基本報酬+各種加算・減算)×22.4%			
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)(1月につき)	月間の利用総単位数(基本報酬+各種加算・減算)×18.2%			

5 キャンセル料

(1) 利用者の都合によりサービスをキャンセル(取り消し)する場合、次のキャンセル料を頂きますのでご了承下さい。但し、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要(無料)です。

ア 利用者の前日までに連絡がなく、訪問介護員がすでに自宅に訪問(到着)し、利用者の都合によりキャンセルをされる場合は、交通費相当として500円を頂きますので、ご了承下さい。

イ キャンセルの連絡については、訪問介護員の派遣を行う調整上、出来るだけ平日(月曜から金曜日)の午前8時30分から午後5時までの間にご連絡下さい。

(2) キャンセル料は、その都度お支払いして頂きます。

## 6 サービス利用に当たっての留意事項

サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項に留意して下さい。

- (1) 訪問介護員は、医療行為や年金等の金銭の取り扱いはしかねますので、ご了承下さい。(家事援助として行う買い物等に伴う少額の金銭の取り扱いは可能です。)
- (2) 訪問介護員は、介護保険制度上、利用者の介護や家事の準備等を行うこととされています。家族の方の食事の準備などの業務については介護保険外のサービスとなりますので、ご了承下さい。
- (3) 利用者等が不在の場合、サービスの提供が出来ませんのでご了承下さい
- (4) 社会福祉協議会の訪問介護員は、公正中立を旨としていますので物品等の購入及び選挙などの協力にも一切応じることが出来ませんので、ご了承下さい。
- (5) 訪問介護員に対する贈り物や飲食等のもてなしは、一切必要ありません。
- (6) 訪問予定時間が、交通事情により多少ずれることがあります。ご了承願います。
- (7) 急な事情等で、交代の訪問介護員を訪問させる場合があるのでご了承下さい。
- (8) 個人情報の取り扱いについて

大野城市社会福祉協議会個人情報保護規定に基づき厳正なる取り扱いを行います。

### ①個人情報の種類

介護認定関係・訪問介護アセスメント関係・サービス利用関係・請求関係

### ②個人情報の利用目的

訪問介護事業を適正かつ円滑に行い、本事業を受けることを希望する者の介護保険サービス及びその他の福祉保健サービス等の利用の促進を図ることを目的とする。

### ③個人情報の利用・提供方法

上記の書類は、本事業担当者の管理のもとに保管するとともに、コンピューターに入力し、上記利用目的に沿った利用を行う。また、下記により事業所内部での利用又は外部への提供を行う。

○内部での利用（計画作成・サービス調整）

○外部への提供（サービス担当者会議・事業者・保険者・施設・国民保健連合会）

## 7 訪問介護サービスの特徴等

事 項	内 容
従業員等の研修等	月1回及び必要に応じ研修を行っています
各種マニュアルの作成	サービス及び緊急時マニュアルを定めています
相談・苦情	営業時間外でも電話により対応いたします

## 8 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせにより、救急車、主治医、ご家族、居宅介護支援事業者などへ連絡します。

## 9 利用者へのお願い

事業所が交付するサービス利用票などは、利用者の介護に関する重要な書類なので、契約書・重要事項説明書等と一緒に大切に保管して下さい。

## 10 サービス内容に関する苦情等の連絡先

- ・当事業所の訪問介護サービスについての苦情・ご相談を承ります。

### 苦 情 ・ 相 談 の 連 絡 先

月～金曜日 8：30～17：00	TEL (092) 589-5533
平日以外の曜日・時間帯	TEL (092) 501-3311
FAX (ファックス)	FAX (092) 589-5531
苦情・相談窓口担当	岩 永 美 穂
苦情解決責任者	高 原 信 治

本会（事務所）で解決できない苦情は、運営適正化委員会または、市の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

苦情受付機関	福岡県運営適正化委員会 所在地 〒816-0804 福岡県春日市原町 3-1-7 福岡県社会福祉協議会内 クローバープラザ 6階 TEL：092-915-3511
	大野城市役所 すこやか福祉部 介護支援課 事業所指定指導担当 所在地 〒816-8510 福岡県大野城市曙町 2丁目 2-1 TEL：092-580-1916 FAX：092-573-8083
	春日市役所 地域共生部 高齢課 介護保険担当 所在地 〒816-8501 福岡県春日市原町 3-1-5 TEL：092-584-1122 FAX：092-584-3090
	太宰府市役所 健康福祉部 介護保険課 所在地 〒818-0198 福岡県太宰府市観世音寺 1-1-1 TEL：092-921-2121 FAX：092-925-0294
	福岡市博多区役所・博多区保健福祉センター 福祉・介護保険課 所在地 〒812-8512 福岡県福岡市博多区博多駅前 2丁目 8番 1号 TEL：092-419-1078 FAX：092-441-1455

苦情受付期間	福岡県国民健康保険団体連合会 事業部介護保険課 介護保険係 所在地 〒812-8521 福岡県福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号 TEL : 092-642-7859 FAX : 092-642-7856
--------	---

### 1 1 虐待の防止について

当事業所は、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。

虐待防止に関する担当者	岩 永 美 穂
虐待防止に関する責任者	高 原 信 治

- (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) 虐待防止のための対策を検討する委員会をテレビ電話等の活用も行いながら定期的に行います。またその結果について従業者に周知徹底を行います。

### 1 2 身体拘束防止委員会

(身体拘束について)

緊急及びやむを得ない場合を除き利用者の身体拘束を行いません。

- (1) やむを得ず身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要事項を記録します。  
(2) 身体拘束の適正化のための対策を検討する委員会をテレビ電話などの活用も行いながら定期的に行います。また、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

### 1 3 事故発生時の対応について

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。

## 1.4 ハラスメントについて

大野城市社会福祉協議会 居宅介護サービス課からのお願い  
利用者・家族との信頼関係のもとに、安全安心な環境で質の高いケアを提供できるように以下の点についてご協力下さい。

※暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いします。

### 【契約を解除する場合の具体例】

#### 1) 身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為

例：物を投げつける/蹴る/唾を吐く/刃物を向ける

#### 2) 精神的暴力

個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

例：奇声、大声を発する/怒鳴る/服を引きちぎる/手を払いのける

#### 3) セクシュアルハラスメント

意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

例：訪問介護従事者の体を触る、手を握る/腕を引っ張り抱きしめる

ヌード写真を見せる/訪問介護従事者の自宅の住所、電話番号を

何度も聞く/ストーカー行為等

訪問介護サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

<事業者>

住 所 大野城市曙町2丁目3番2号  
名 称 社会福祉法人 大野城市社会福祉協議会  
代表者名 会 長 楠林 義治 印

<説明者>

所 属 社会福祉法人 大野城市社会福祉協議会

氏 名 \_\_\_\_\_

(自署による場合には押印不要)

私は、契約書及び本書面により、訪問介護サービスについての重要事項の説明を受けました。

<契約者>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(自署による場合には押印不要)

<契約者代理人(選任した場合)>

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

(自署による場合には押印不要)

年 月 日

# 同意書

年 月 日

訪問介護サービスの開始にあたり、下記の指定居宅サービス事業者と契約を結びましたが、訪問介護計画書作成に関し、サービス担当者会議等において利用者又はその家族の個人情報を持ちいることに同意致します。

利用者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(自署による場合には押印不要)

利用者の家族 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

(自署による場合には押印不要)

指定居宅サービス事業者 (訪問介護)	住 所	大野城市曙町2-3-2
	事業者名	社会福祉法人 大野城市社会福祉協議会
	代表者名	会長 楠林 義治 印