

# 介護予防・日常生活支援総合事業

## 第1号訪問事業（訪問サービス国基準）重要事項説明書

<2025(令和7年)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
主たる事業所の所在地	〒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

ご利用事業所の名称	社会福祉法人 大野城市社会福祉協議会
サービスの種類	第1号訪問事業（訪問サービス国基準）
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: onojokaigo@onojo-vc.jp
事業所番号	4073200018
管理者の氏名	高原 信治
事業の実施地域	大野城市
第三者評価の実施状況	実施の有無 : 無

### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	利用者がその有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、第1号訪問事業（訪問サービス国基準）を提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

#### 4. 提供するサービスの内容

第1号訪問事業（訪問サービス国基準）は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排泄や食事等の介助、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世話をを行うサービスです。

#### 5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、年末年始（12月29日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時まで

サービス提供日	月曜日から日曜日まで
サービス提供時間	午前7時から午後9時まで

※緊急の場合は、上記以外で電話等により24時間連絡可能です。（TEL：092-501-3311）

#### 6. 事業所の職員体制

	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	

#### 7. サービス提供の責任者

サービス提供の責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

サービス提供責任者の氏名	松田千草
〃	岩永美穂
〃	貝原恵

## 8. 利用料

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、**原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割から3割の額**です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

### (1) 第1号訪問事業（訪問サービス国基準）の利用料

#### 【基本部分】※身体介護及び生活援助

(単位：円)

サービス名称		基本利用料	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
訪問型サービス 11	1週に1回程度の場合（1月につき）	12,254	1,225	2,451	3,677
訪問型サービス 12	1週に2回程度の場合（1月につき）	24,477	2,448	4,896	7,344
訪問型サービス 13	1週に2回を超える程度の場合（1月につき）	38,836	3,884	7,768	11,651
訪問型サービス 21	標準的な内容の訪問型サービスである場合（1回につき）	2,991	300	599	898
訪問型サービス 22	生活援助が中心である場合	所要時間20分以上45分未満の場合（1回につき）	187	374	560
訪問型サービス 23		所要時間45分以上の場合（1回につき）	230	459	688

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。

(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
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%			

(注1) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

### (2) キャンセル料

平成28年3月末までは、利用料金が月単位の定額制のみとなっておりキャンセル料を不要としておりましたが、平成29年4月より当日訪問した結果キャンセルとなる場合につきましては、回数単位となるためキャンセル料として1回500円のご負担をお願いいたします。但し、急な体調不良につきましてはこの限りではありません。

### (3) 支払い方法

上記(1)から(2)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて翌月に明細を付して請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の末日(祝休日の場合は翌日の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の10日以降に集金させていただきます。

## 9. 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。

## 10. 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、担当の地域包括支援センター(又は介護支援専門員)及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対するサービス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。

## 11. 苦情相談連絡先

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業者の下記の窓口でお受けします。

苦 情 相 談 窓 口	
月～金 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・相談窓口担当者	岩 永 美 穂
苦情解決責任者	高 原 信 治

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

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
	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 2. 虐待の防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止に関する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 3. 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 4. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。  
① 医療行為及び医療補助行為  
② 年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い  
③ 他の家族の方に対する食事の準備 など  
(2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。  
(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) 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。  
(5) 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。  
(6) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター（又か介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。  
(7) 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・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

第1号訪問介護事業（訪問サービス国基準）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）

## 15. 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

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 大野城市曙町2丁目3番2号  
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  
説明者名 \_\_\_\_\_  
(自署による場合には押印不要)

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
(自署による場合には押印不要)

署名代行者 (又は法定代理人)

住所 \_\_\_\_\_  
本人との続柄 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_  
(自署による場合には押印不要)

# 同意書

年 月 日

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、個別サービス計画書作成に関し、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もたらして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 (訪問サービス国基準)	住 所	大野城市曙町2丁目3番2号
	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