

# 第1号訪問介護重要事項説明書

この説明書は、当事業所が、要支援状態区分 要支援1、要支援2のご利用者に対して提供する「第1号訪問介護」のご利用者に対して提供する標記サービスについて、介護保険関係法令、指定市町村の関係条例等、当事業所運営規程及び利用契約に付随して、説明するものです。

第1号訪問介護事業所  
社会福祉法人七戸町社会福祉協議会

## 1 事業者

事業者名	社会福祉法人 七戸町社会福祉協議会
代表者氏名	会長 天間 勤
所在地	〒039-2505 青森県上北郡七戸町字立野頭139番地1
法人設立年月日	平成17年4月1日

## 2 事業所の概要

事業所名	社会福祉法人 七戸町社会福祉協議会
介護保険指定事業所番号	市町村指定(七戸町及び東北町) 第0272500307号
所在地	〒039-2505 青森県上北郡七戸町字立野頭139番地1
連絡先	電話番号 0176-62-6790 (代表) 0176-62-4419 (直通)
	FAX番号 0176-62-3628
管理者氏名	第1号訪問介護事業所 保土澤 沙織
法令遵守責任者	事務局長 西野 元
通常の事業実施地域	青森県上北郡七戸町全域

※ 上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

## 3 運営方針

当事業所は、厚生労働大臣が定める基準及び七戸町長が定める要綱等に基づき基本取扱方針及び具体的取扱方針に基づき、関係法令を遵守し、介護サービスを実施いたします。

## 4 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日(ただし、12月31日から1月2日までを除く)
営業時間	午前7時から午後7時

※ 緊急を要する場合はご相談ください。電話0176-62-4419から携帯電話に転送され、連絡可能です。

※ 営業日、営業時間外のサービス提供につきましては、状況に応じて可能な限り対応いたしますのでご相談ください。

## 5 職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	介護福祉士	1名	—	兼務	1名	○従業者及び業務の管理 ○利用調整・技術指導 ○入浴・排泄・食事等の生活全般にわたる援助
サービス提供責任者	介護福祉士	2名	—	兼務	2名	○利用調整・技術指導 ○入浴・排泄・食事等の生活全般にわたる援助
訪問介護員	介護福祉士	3名	3名	兼務	7名	○入浴・排泄・食事等の生活全般にわたる援助
	ヘルパー2級 初任者研修修了	—	1名	兼務		
事務職員	—	1名	—	兼務	1名	○請求事務等
合計		7名	4名	—	11名	—

※ 介護サービス利用のために

① サービス提供責任者及び訪問介護員の変更を希望される場合は、お申し出ください。

② 従業員への研修の実施

ア 採用後1月以内に採用時研修を実施しています。

イ 年1回以上、継続研修を実施しています。

## 6 サービスの内容（ご家族に対してのサービスは行いません。）

### （1）身体介護

ア 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）などを行います。

イ 排泄介助……排泄の介助・おむつ交換を行います。

ウ 食事介助……食事の介助を行います。

エ 体位変換……体位の変換を行います。

### （2）生活援助

ア 調理……食事の用意を行います。

イ 洗濯……衣類等の洗濯を行います。

ウ 掃除……居室の掃除を行います。

エ 買物……日常生活に必要となる物品の買物を行います。

### （3）訪問介護員の禁止行為

訪問介護員はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

① 医療行為

② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり

③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受

④ 利用者の同居家族に対するサービス提供

⑤ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供（大掃除、庭掃除など）

⑥ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食

⑦ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）

⑧ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

### ◇ 保険給付として不適切な事例への対応について

次に掲げるように、保険給付として適切な範囲を逸脱していると考えられるサービス提供を求められた場合は、サービス提供をお断りさせていただきます。

① 「直接本人の援助」に該当しない行為

主として家族の利便に供する行為又は家族が行うことが適当であると判断される行為

・利用者以外のものに係る洗濯、調理、買い物、布団干し

- ・主として利用者が使用する居室等以外の掃除
- ・来客の応接（お茶、食事の手配等）
- ・自家用車の洗車・清掃等
- ②「日常生活の援助」に該当しない行為
  - 訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される行為
  - ・草むしり
  - ・花木の水やり
  - ・犬の散歩等ペットの世話等日常的に行われる家事の範囲を超える行為
  - ・家具・電気器具等の移動、修繕、模様替え
  - ・大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ
  - ・室内外家屋の修理、ペンキ塗
  - ・植木の剪定等の園芸
  - ・正月、節句等のために特別な手間をかけて行う調理等

## 7 サービスの利用料金

要支援認定を受けられた方に介護給付費によるサービスを提供した際は、厚生労働大臣の定める基準及び七戸町が定める要綱により算出したサービス利用料金のうち各利用者の負担割合に応じた額を、利用者負担額としてお支払いいただきます。ただし、保険給付の対象となる場合でも、ご利用者に介護保険料の滞納等がある場合、当該第1号訪問介護に係る費用をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行するという形をとらせていただく場合もあります。その際、当事業所の発行したサービス提供証明書を保険者の窓口へ提出しますと、後日、当該指定訪問介護に係る費用が払い戻しとなります。また、滞納期間によっては、保険給付の対象とみなされず、全額がご契約者の負担となる場合もあります。

なお、第1号介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額利用者負担となります。

### (1) 通常時間帯におけるサービス利用料金並びに利用者負担額の目安

【基本料金】（下記の利用料金は負担割合1割の額です。実際の料金は負担割合証に記載の負担割合による料金となります。なお、本会では特定事業所加算Ⅱを適用していますので、利用料及び利用者負担額は下記の基本報酬額に10%を加算した料金となります。）

支給区分	利用料	利用者負担額
		負担割合1割
週1回程度（要支援1・2）	11,480円	1,148円
週2回程度（要支援1・2）	22,960円	2,296円
週3回以上（要支援2）	36,450円	3,645円

※1 利用者の体調不良や状態の改善等により、第1号訪問介護計画書に定めた期日よりも利用が少なかった場合、または第1号訪問介護計画に定められた期日よりも多かった場合でも、下記ア～ウに該当する場合を除いて、原則として日割り計算は行いません。

ア 月途中で要介護から要支援に変更となった場合

イ 月途中で要支援から要介護に変更となった場合

ウ 同一保険者間内での転居等により事業所を変更した場合

※2 特別地域加算

当事業所は特別地域に所在しているため料金が15%の割増しとなります。

※3 中山間地域等加算

中山間地域等に居住する方へのサービス提供に際しては料金の5%割増しとなります。

## ②加算項目

### ア 初回加算

- ◆新規に第1号訪問介護計画を作成したご利用者に対して、初回に実施した第1号訪問介護と同月内にサービス提供責任者が第1号訪問介護を行う場合又は同行訪問した場合に加算されます。

加 算 名	利 用 料	利用者負担額
		負担割合1割
初回加算（1月あたり）	2,000円	200円

### イ 生活機能向上連携加算

- ◆ご利用者の自宅を訪問する際に「サービス提供責任者」と「訪問リハビリテーション」または「通所リハビリテーション」の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等が同行し、連携して行ったアセスメント結果に基づき「第1号訪問介護計画」を作成した場合の加算です。

加 算 名	利 用 料	利用者負担額
		負担割合1割
生活機能向上加算（「訪問リハビリテーション」または「通所リハビリテーション」の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士と連携）	1,000円	100円
生活機能向上連携加算Ⅱ（医療提供施設のリハ専門職や医師と連携）	2,000円	200円

### ウ 口腔連携強化加算

- ◆ご利用者の口腔の状態を確認し、歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を行った場合に加算されます。

加 算 名	利 用 料	利用者負担額
		負担割合1割
口腔連携強化加算（1月あたり）	500円	50円

### エ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ・ロ

- ◆所定単位数に28.7%の割合を乗じて算定した利用料となります。

## (2) 交通費

七戸町にお住まいの方は無料です。それ以外の地域にお住まいの方は、従業者が訪問するための交通費の実費をご負担していただくことになります。自動車を使用した場合は、七戸町とそれ以外の地域との境界から訪問先を経由して境界に入るまでの距離によって実費をご負担いただきます。なお、中山間地域等加算を算定する場合には本交通費はいただきません。

交通費の実費＝境界から訪問先を経由して境界に入るまでの距離(km：端数切捨て)×37円

## (3) キャンセル料

サービス提供の予定日の前日までに利用中止の申し出がなく、当日になって申し出をされた場合、取り消し料としてそのサービス利用料金（自己負担相当額）の50%の料金をいただく場合があります。ただし、体調不良等の正当な理由がある場合は、この限りではありません。

## (4) その他

ア ご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、電気等の費用はご利用者のご負担となります。

## 8 利用料の請求及び支払方法

利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月15日までに前月分の請求をいたしますので、請求月の末日までにお支払いください。お支払方法は、銀行振込・口座自動引落の2通りからお選びいただけます。

## 9 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

まずは、お電話でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

※ 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

### (2) サービスの終了

①ご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1週間前までにお申し出ください。

②当事業所の人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知します。

#### 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。

ア ご利用者が介護保険施設に入所した場合

イ 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要支援認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

ウ ご利用者が亡くなられた場合

#### ④その他

ご利用者やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただきます場合があります。

## 10 秘密の保持について

①当事業所の従業者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びご家族の秘密を漏らしません。

②当事業所で従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びご家族の秘密を漏らしません。

③事業者では、ご利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でご利用者又はご家族の個人情報を用います。

## 11 利用者の記録や情報の管理・開示

当事業所では、関係法令及び社会福祉法人七戸町社会福祉協議会個人情報保護規程に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。なお、開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります。また、利用者に対するサービス提供に関する諸記録は、介護サービスの完結の日から5年間保存いたします。

### (1) 記録項目

①サービス利用計画

②アセスメントの記録

③サービス担当者会議等の記録

④モニタリング結果の記録

⑤契約内容報告書

⑥利用者からの苦情の内容等の記録

⑦事故の状況及び事故に際しての対応の記録

## (2) 閲覧・複写の受付

受 付 時 間	午前8時から午後5時
---------	------------

### 1.2 事故発生時の対応方法

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご利用者がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際して行った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。なお、当事業所のサービスにより、ご利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

当事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保 険 会 社 名	日本興亜損害保険株式会社
保 険 名	福祉サービス総合保障
補 償 の 概 要	ケガの補償・賠償責任の補償・感染症補償

### 1.3 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡いたします。

主 治 医	氏 名		電話番号	
	連 絡 先			
ご 家 族	氏 名		電話番号	
	連 絡 先			

### 1.4 サービス内容に関する苦情

#### (1) 当事業所のご利用者相談・苦情窓口

担 当 者	町 屋 とも子
電 話 番 号	0 1 7 6 - 6 2 - 6 7 9 0
F A X 番 号	0 1 7 6 - 6 2 - 3 6 2 8
受 付 日	平日（祝日、12月29日から1月3日は除きます。）
受 付 時 間	午前8時から午後5時

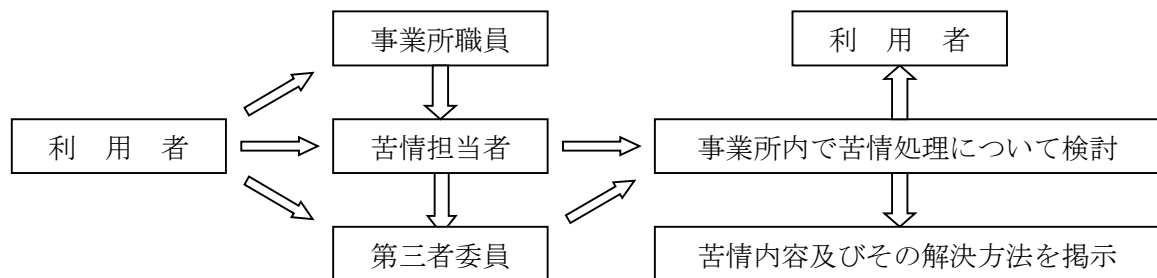
#### (2) 第三者委員

当事業所では、地域に居住の以下の第三者委員を選任し、地域住民の立場から当事業所のサービスに対する意見などをいただいています。利用者又は契約者は、当事業所への苦情やご意見につきまして第三者委員に相談することができます。

第 三 者 委 員	電 話 番 号
江 渡 慶 子	0 1 7 6 - 6 8 - 3 2 0 3
岡 村 千 鶴 子	0 1 7 6 - 6 2 - 2 7 4 6
小 林 章 廣	0 1 7 6 - 6 2 - 3 7 3 3

(3) 当事業所における苦情処理体制

【苦情処理フロー】



(4) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び青森県運営適正化委員会又は青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

相 談 ・ 苦 情 窓 口	電 話 番 号
七戸町介護高齢課	0 1 7 6 - 6 8 - 3 5 0 0
青森県運営適正化委員会	0 1 7 - 7 3 1 - 3 0 3 9
青森県国民健康保険団体連合会 (苦情処理委員会)	0 1 7 - 7 2 3 - 1 3 3 6

1.5 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 虐待防止に関する責任者の選定を行います。

虐 待 防 止 責 任 者	第 1 号 訪 問 介 護 事 業 所 管 理 者 保 土 澤 沙 織
---------------	-------------------------------------

② 成年後見制度の利用支援を行います。

③ 苦情解決体制の整備を行います。

④ 従業員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施し、人権意識の向上、知識や技術の向上に努めます。

⑤ 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

⑥ 従業員が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

⑦ サービス提供中に、当事業所職員又は家族等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、速やかに市町村に通報します。

1.6 業務継続計画 (BCP) の策定

感染症や自然災害の発生において業務を継続的に実施再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練を計画的に開催しています。

サービス提供開始に係る同意書

令和 年 月 日

第1号訪問介護の提供に際し、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明し、サービスの提供を開始します。

事業者 所在地 青森県上北郡七戸町字立野頭139番地1  
名称 社会福祉法人七戸町社会福祉協議会

説明者 職名  
氏名 印

私は、本書面により、事業者から指定訪問介護についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

利用者 住所  
氏名 印

契約者 住所  
氏名 印

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代筆者 住所  
氏名 印  
続柄

## 個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報については、下記により必要最低限の範囲内で使用することに同意します。

### 記

#### 1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記（1）の外、介護支援専門員、介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。
- (4) 当事業所で、本事業及び関連する事業の事務において必要な場合。

#### 2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

#### 3 使用する期間

介護サービスの提供を受けている期間

#### 4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払います。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録します。

署名

令和 年 月 日

#### 第1号訪問介護

社会福祉法人 七戸町社会福祉協議会 殿  
名

利用者 住 所  
氏 名 印

家族等 住 所  
氏 名 印

利用者は、身体の状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者  
に代わって、その署名を代筆しました。

代筆者 住 所  
氏 名 印  
続 柄