

## 訪問介護重要事項説明書

### 1 大田原市社会福祉協議会が提供するサービスの相談窓口

電話 0287-54-1849

(受付時間 月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分まで)

管理者 齋藤 一美

※ご不明な点は、なんでもおたずねください。

### 2 大田原市社会福祉協議会の概要

#### (1) 事業所の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	大田原市社会福祉協議会
所在地	大田原市黒羽田町848番地
介護保険指定番号	第0971000013号
通常の実施地域	大田原市
サービスの種類	訪問介護

#### (2) 当事業所の職員体制

区分	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者		1名		職員・業務全般の管理	1名
サービス提供責任者		2名			2名
事務職員		1名			1名
訪問介護員	介護福祉士	3名 (2名)	2名	訪問介護	5名 (2名)
	2級修了者、介護職員 初任者研修終了者	1名	6名	訪問介護	7名
	計	6名	8名	計	14名

( ) 内は提供責任者兼務

#### (3) サービスの提供時間帯

区分	早朝	通常時間帯	夜間帯
平日	午前6時～午前8時	午前8時～午後6時	午後6時～午後9時
土・日・祝祭日	午前6時～午前8時	午前8時～午後6時	午後6時～午後9時

### 3 サービス内容 (詳細は「訪問介護計画」で定めます)

- (1) 身体介護      ・食事介護      ・排泄介助      ・清拭      ・入浴介助      ・体位交換  
 (2) 生活援助      ・買物      ・掃除      ・調理      ・洗濯      ・相談

### 4 利用料金

#### (1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として介護保険法令に定める基本料金の自己負担割合に応じた金額です。

また、社会福祉法人減免の認定を受けている方は、基本料の7.5%をお支払いいただきます。

いずれも、介護保険の給付の範囲を超える利用者は全額自己負担となります。

令和6(2024)年4月からの基本料金表（昼間帯午前8時～午後6時）

区 分	サービス時間	負担額		
		1割	2割	3割
身体介護	20分以下	163円	326円	489円
	20分以上30分未満	244円	488円	732円
	30分以上1時間未満	387円	774円	1,161円
	1時間以上1時間30分未満	567円	1,134円	1,701円
生活援助のみ	20分～45分未満	179円	358円	537円
	45分以上	220円	440円	660円
身体介護と生活援助の併用	身体介護29分未満と生活援助21分未満	309円	618円	927円
	身体介護29分未満と生活援助46分未満	374円	748円	1,122円

基本料金への加算

区 分	対 象	金 額
地域区分	大田原市にある事業所をご利用の場合地域区分が『7級地』に該当のため上乗せ割合（3%）人件費割合（70%）を加える。	10円当たり0.21の加算
初回加算	新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、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った場合、または他の訪問介護員が訪問介護を行う際に同行した場合。	200単位/月（初回の月のみ）
特定事業所加算Ⅱ	厚生労働大臣が定める体制要件と人材要件が基準に適合された場合に加算される。	所定の単位数に10%を加算
介護職員処遇改善加算Ⅲ	介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質向上等の取り組みを行う事業所に認められた場合に加算される。	利用金額の18.2%を加算

※ 基本料金に対して、早朝（午前6時～午前8時）、夜間（午後6時～午後9時）は、25%増しとなります。（時間帯により料金が異なります。）

※ 利用者の容態により、2名の訪問介護員でのサービス提供が必要で「居宅サービス計画」（ケアプラン）に定める場合は、利用者及びご家族の同意を得て2名で訪問し、2名分の料金となります。

## (2) 交通費

大田原市内にお住まいの方は、訪問介護員がお訪ねするための費用は無料です。

## (3) キャンセル料

利用者の都合でサービスを中止した場合、原則としてキャンセル料は掛かりません。ただし、訪問してから、予定されていたサービスが提供できなかった時、状況に応じて利用料金を頂く場合もあります。

## (4) その他

① 利用者の住まいで、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。

### ② 料金のお支払方法

毎月末日に締め切り、翌月20日迄に前月分（利用月）料金を請求いたします。

支払方法は、基本的に自動口座引き落としとし、その際の手数料は大田原市社会福祉協議会で負担します。

## 5 当事業所の訪問介護サービスの特徴等

### (1) 運営の方針

当事業所は、訪問介護事業の実施に当たり、利用者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他生活全般にわたる援助に努めます。

当事業所は、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、要介護者等が良質で総合的なサービスが受けられるよう、そのサービスの提供に努めます。

### (2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
訪問介護員の変更の可否	有	変更を希望される場合はお申し出下さい。
男性訪問介護員の有無	無	
従業員への研修の実施	有	研修を実施しています。
サービスマニュアルの作成	有	
その他		

## 6 緊急時の対応方法

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

## 7 サービス内容に関する相談

### (1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定訪問介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

#### ① 利用者への周知徹底

- ・ 施設内への掲示、パンフレットの配布等により苦情解決責任や及び苦情受付担当者の氏名、連絡先や苦情解決の仕組みについて周知する。

#### ② 苦情の受付

利用者からの苦情は随時受け付けると共に、苦情受付簿を作成します。

- ・ 苦情受付簿を作成後は速やかに苦情受け担当者へ申し送ります。
  - ・ 苦情受付担当者は苦情を受け付け、事情を聴取すると共に苦情相談表を作成します。
- ③ 苦情受付の報告
- ・ 苦情受付担当者は受け付けた苦情を苦情解決責任者に報告します。
- ④ 苦情解決に向けての話合い
- ・ 苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。
- ⑤ 苦情解決の記録、報告
- ・ 苦情受付担当者は苦情受付から解決、改善までの経過と結果について苦情相談処理報告書に記録します。
  - ・ 苦情解決責任者は苦情解決結果について、苦情申出人に対して報告します。
  - ・ また解決・改善までに時間がかかる場合には経過等について報告します。
- ⑥ 苦情解決の公表
- ・ サービスの質や信頼性の向上をはかるために、必要に応じて大田原市役所へ報告し、広報等に公表します。

(2) 大田原市社会福祉協議会のお客さま相談・苦情担当

受付担当者	郡司 千尋
解決責任者	齋藤 一美
第三者委員	渡邊ハツエ 伊藤三良 湯本 友子
受付時間	平日：午前8時30分～午後5時15分 (土、日、祝日、年末年始を除く)
電話番号	0287-54-1849
FAX	0287-54-2745

(3) その他

当事業所以外に、大田原市、栃木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。

大田原市介護保険相談窓口 (市役所 3F) (担当) 高齢者幸福課 (電話) 23-8865
栃木県国民健康保険団体連合会 (宇都宮市本町3-9 栃木県本町合同ビル) (担当) 介護福祉課 (電話) 028-643-2220 (FAX) 028-643-5411

8 虐待の防止について

事業者は、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を選定しています。

虐待防止に関する責任者	黒羽支所長
-------------	-------

- (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) 職員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) 虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催及びその結果について職員への周知徹底を行います。

9 事故発生時の対応方法について

利用者に対するサービス提供により事故発生した場合は、大田原市、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。

10 第三者評価の実施状況

実施している	実施していない
【実施日： 年 月 日】	【評価機関名】
【結果の開示状況：	】

11 当事業所（法人）の概要

名称・法人種別 社会福祉法人大田原市社会福祉協議会  
代表者役職・氏名 会長 相馬 憲一  
所在地 大田原市本町1-3-1  
電話番号 0287-23-1130

サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項説明しました。

令和 年 月 日

事業者  
(説明者)

所在地 大田原市黒羽田町848番地  
名称 大田原市社会福祉協議会  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、契約書および本書面により、事業者からサービスについて重要事項の説明を受けました。

利用者

住所 大田原市 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人

住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(利用者との関係 \_\_\_\_\_)