

# 訪問介護・第1号訪問事業(予防専門型訪問サービス)

## 重要事項説明書

この重要事項説明書は、お客様が訪問介護（予防専門型訪問サービス）の契約にあたって、お客様やご家族の方に知っていただきたい事項を記載したものであり、契約書の内容をご理解していただけるような内容となっております。

### ◎ 当事業所の概要

事業所名	社会福祉法人 明倫福祉会 ヘルパーステーションあしや
所在地	芦屋市浜風町 31-3
指定事業所番号	2871000887
開設年月日	平成 20 年 5 月 1 日
連絡先	TEL 0797-23-7321 FAX 0797-23-7301
緊急時の連絡先	TEL 0797-23-7300 （営業時間外）
管理者連絡先 （谷口 政司）	TEL 0797-23-7321 FAX 0797-23-7301
営業日・営業時間	月曜日～土曜日（祝祭日を含む） 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 ※日曜日、年末年始や時間外をご希望の場合は要相談
通常のサービス提供実施地域 （交通無料エリア）	芦屋市、西宮市、神戸市東灘区、灘区

### ◎ 当事業所の職員体制

	資 格	常勤	非常勤	計
管理責任者	介護福祉士	1人		1人
サービス提供責任者	介護福祉士	4人		4人
訪問介護員	介護福祉士	4人	4人	16人
	実務者研修修了	1人		
	初任者研修修了	1人	6人	

（令和 6 年 6 月 1 日現在）

※訪問介護員は、介護福祉士、訪問介護員養成研修 1～3 級課程を修了したもの、介護職員基礎研修課程を修了したもの、介護職員初任者研修課程を修了したもの、または介護職員実務者研修課程を修了したものです。

※介護福祉士は身体上・精神上の障害により日常生活を営むのに支障がある人の介護を行うほか、家族介護者等に介護に関する指導等を行います。

（介護福祉士養成施設を卒業するか、介護福祉士国家試験に合格することが必要。）

※訪問介護員養成研修 1 級課程を修了したもの、介護職員基礎研修課程を修了したもの、及び介護職員実務者研修課程を修了したものについても上記介護福祉士と同様です。

※訪問介護員は、常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでも提示をもとめることができます。

#### <職員の業務内容>

管理者	サービス提供責任者や訪問介護員などの管理、また、介護予防訪問介護サービスのご利用申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行います。当事業所の訪問介護員に、厚生省令で定められた人員基準および運営に関する基準を遵守させるために、必要な指揮命令を行います。
サービス提供責任者	サービス提供責任者は、利用者様の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、介護予防訪問介護サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容などを記載したサービス計画を作成し、利用者様にその内容を説明いたします。また、サービスのご利用の申し込みに係る調整、訪問介護員に対する技術指導などサービスの内容の管理を行います。
訪問介護員	利用者様に介護予防訪問介護サービスを提供する職員です。 a. サービスの提供については、当事業所が選任した訪問介護員がサービスを提供します。利用者様から訪問介護員を指名する事はできません。 b. 当事業所の都合により訪問介護員を交代する場合があります。

#### ◎当事業所が提供するサービスと利用料金

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体介護型 : 簡単な調理の後、食事介助を行う場合など</li> <li>・生活援助型 : 利用者の居室から居間までの移動介助を行った後、居室を行う場合など</li> </ul> |
|---|



身体介護と家事援助のうち、利用される個別のサービスの内容（組み合わせ）により、「身体介護型」、「家事援助型」のいずれかの利用料をお支払いいただきます。



利用料を決めるためには、お客様が実際に利用されるサービスの種類やその組み合わせを決めていただく必要があります。

こんなサービスが利用できます。

訪問介護（予防専門型訪問サービス）はサービスの内容により、「身体介護」「生活援助」「通院等のための乗車または降車の介助」の3つに分けられます。

まず、「身体介護」「生活援助」「通院等のための乗車または降車の介助」とは、それぞれ次のようなサービスです。

### 身体介護

ホームヘルパーが、

- ①利用者の身体に直接接触して行う介助
- ②介助に必要な準備及び後片付け
- ③利用者が日常生活を営むのに必要な機能の向上等のための介助や専門的な援助です

起床介助



就寝介助



排泄介助



衣服の着脱



身体整容  
(爪きり・耳かき・髪を梳くなど)



身体の清拭・洗髪



入浴介助



食事介助



体位変換



服薬介助



移乗・移動介助



通院・外出介助



## 生活援助

掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助であり、利用者が単身のため、または家族が障害・疾病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいいます。

掃除・ごみ出し



ベッドメイク



買い物



洗濯



調理



衣服の整理・被服の補修



薬の受け取り



◎ 次のサービスは（原則として）介護保険では提供できません。



利用者本人以外の洗濯・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、食事の手配など）



話し相手のみ・留守番



自家用車の洗車・清掃



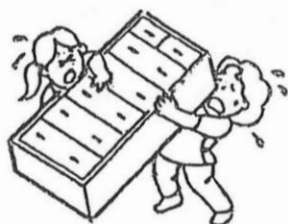
草むしり



花木の水やり



ペットの世話  
（犬の散歩など）



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、  
ペンキ塗り



園芸  
（植木の剪定など）



特別な手間をかけて行う  
料理（おせち料理など）

## ①サービスの種類

訪問介護で提供されるサービスの種類は、「身体介護」に属する動作介護、身の回り介護、生活介護と、「生活援助」の4種類があります。

### <身体介護>

#### a. 動作介護

- ・ 服薬の介助
- ・ 水分補給
- ・ 排尿バッグの交換
- ・ 起床介助
- ・ 座位保持
- ・ 就寝介助（臨床介助）
- ・ 体位変換
- ・ 移乗介助
- ・ 身体介護サービスに伴う日常相談

#### b. 身の回り介護

- ・ 歩行の見守り
- ・ トイレ誘導
- ・ 更衣の見守り
- ・ 入浴の見守り
- ・ 洗面介助、口腔ケア
- ・ 部分浴介助、部分清拭
- ・ 更衣介助、おむつ交換
- ・ 排泄介助
- ・ 身体介護サービスに伴う専門相談

#### c. 生活介護

- ・ 食事介助、全身清拭
- ・ 洗髪介助
- ・ 認知症の方の見守りの介助
- ・ 入浴介助
- ・ シャワー浴介助
- ・ 特別食の調理（刻み食、ミキサー食等）
- ・ 外出介助、通院介助

### <生活援助>

- ・ 掃除
- ・ ごみ出し
- ・ 洗濯
- ・ 調理
- ・ ベッドメイク
- ・ 衣服の整理
- ・ 被服の補修

- ・ 買い物
- ・ 薬の受け取り

※ a、b、c + 生活援助に分類されるサービスを利用される場合、「身体介護型」の料金となります。

※ 次のようなサービスは、介護保険上では提供できません。

- ・ 利用者様が自力で行える場合
- ・ 家族や地域社会資源、他の福祉施策などの代替サービスがある場合
- ・ サービスを受ける利用者様本人の援助に該当しないサービス
- ・ 日常生活に支障の無いサービス  
庭の草むしり、ペットの散歩や世話、大掃除、窓のガラス拭き、室内外の修理、おせち料理等の特別な料理等

## ②利用料金(介護保険の給付対象)

利用料金は、サービスの内容、利用する時間帯、利用する時間の長さによって異なります。

下の表は「利用料金」は、利用者が自己負担していただく目安の金額(「サービス費用」の1割)です。

※ 介護報酬単価の地域区分は3級地(1単位当たり11,050円)となっております。

※ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ(24.5%)

※ 介護職員等処遇改善加算Ⅱ(22.4%)

※ 介護職員等処遇改善加算Ⅲ(18.2%)

※ 介護職員等処遇改善加算Ⅳ(14.5%)

所定単位数に加算率を乗じた単位数で算定します

※ 介護職員等処遇改善加算については職員体制状況等によりⅠ～Ⅳのいずれかを算定するものと致します。



【利用料金 要介護の方】

〔1割負担の場合〕

区分	提供時間	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上の場合
身体介護型	昼間	181 円	270 円	428 円	627 円に所要時間 1 時間から 30 分を増すごとに 91 円を加算した料金 20 分以上の身体介護に引き続き生活援助を行った場合 20 分から起算して 25 分ごとに 72 円を加算します
	早朝・夜間	226 円	337 円	535 円	784 円に所要時間 1 時間から 30 分を増すごとに 114 円を加算した料金 20 分以上の身体介護に引き続き生活援助を行った場合 20 分から起算して 25 分ごとに 90 円を加算します
	深夜	271 円	405 円	642 円	940 円に所要時間 1 時間から 30 分を増すごとに 136 円を加算した料金 20 分以上の身体介護に引き続き生活援助を行った場合 20 分から起算して 25 分ごとに 108 円を加算します

区分	提供時間	20 分以上 45 分未満	45 分以上
家事援助型	昼間	198 円	244 円
	早朝・夜間	248 円	304 円
	深夜	297 円	365 円

〔2割負担の場合〕

区分	提供時間	20 分未満	20 分以上 30 分未満	30 分以上 1 時間未満	1 時間以上の場合
身体介護型	昼間	361 円	540 円	856 円	1,253 円に所要時間 1 時間から 30 分を増すごとに 182 円を加算した料金 20 分以上の身体介護に引き続き生活援助を行った場合 20 分から起算して 25 分ごとに 144 円を加算します
	早朝・夜間	451 円	674 円	1,069 円	1,567 円に所要時間 1 時間から 30 分を増すごとに 227 円を加算した料金 20 分以上の身体介護に引き続き生活援助を行った場合 20 分から起算して 25 分ごとに 180 円を加算します
	深夜	541 円	809 円	1,283 円	1,880 円に所要時間 1 時間から 30 分を増すごとに 272 円を加算した単位 20 分以上の身体介護に引き続き生活援助を行った場合 20 分から起算して 25 分ごとに 216 円を加算します

区分	提供時間	20 分以上 45 分未満	45 分以上
家事援助型	昼間	396 円	487 円
	早朝・夜間	495 円	608 円
	深夜	594 円	730 円

〔3割負担の場合〕

区分	提供時間	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上の場合
身体介護型	昼間	551円	809円	1,283円	1,880円に所要時間1時間から30分を増すごとに272円を加算した料金 20分以上の身体介護に引き続き生活援助を行った場合20分から起算して25分ごとに216円を加算します
	早朝・夜間	676円	1,011円	1,604円	2,350円に所要時間1時間から30分を増すごとに340円を加算した料金 20分以上の身体介護に引き続き生活援助を行った場合20分から起算して25分ごとに270円を加算します
	深夜	811円	1,214円	1,925円	2,820円に所要時間1時間から30分を増すごとに408円を加算した料金 20分以上の身体介護に引き続き生活援助を行った場合20分から起算して25分ごとに324円を加算します

区分	提供時間	20分以上 45分未満	45分以上
家事援助型	昼間	594円	730円
	早朝・夜間	742円	912円
	深夜	890円	1,094円

＜その他の加算＞

- \* 初回加算： 200単位／月
- \* 生活機能向上連携加算Ⅰ： 100単位／月
- \* 生活機能向上連携加算Ⅱ： 200単位／月
- \* 緊急時訪問介護加算： 100単位／月
- \* 認知症専門ケア加算Ⅰ： 3単位／日
- \* 認知症専門ケア加算Ⅱ： 4単位／日
- \* 口腔連携強化加算： 50単位／回
- \* 特定事業所加算Ⅰ： 所定単位数の20％に相当する単位数
- \* 特定事業所加算Ⅱ： 所定単位数の10％に相当する単位数
- \* 特定事業所加算Ⅲ： 所定単位数の10％に相当する単位数
- \* 特定事業所加算Ⅳ： 所定単位数の 5％に相当する単位数
- \* 特定事業所加算Ⅴ： 所定単位数の 3％に相当する単位数

【利用料金 要支援の方】

種 類		利用料金 (1 割負担)	利用料金 (2 割負担)	利用料金 (3 割負担)
訪問型サービスⅠ	週 1 回程度の利用が必要な場合	1, 3 0 0 円／月	2, 5 9 9 円／月	3, 8 9 9 円／月
訪問型サービスⅡ	週 2 回程度の利用が必要な場合	2, 5 9 6 円／月	5, 1 9 2 円／月	7, 7 8 7 円／月
訪問型サービスⅢ	週 2 回を超える利用が必要な場合	4, 1 1 9 円／月	8, 2 3 7 円／月	1 2, 3 5 5 円／月

※ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ（24.5%）

※ 介護職員等処遇改善加算Ⅱ（22.4%）

※ 介護職員等処遇改善加算Ⅲ（18.2%）

※ 介護職員等処遇改善加算Ⅳ（14.5%）

所定単位数に加算率を乗じた単位数で算定します

※介護職員等処遇改善加算については職員体制状況等によりⅠ～Ⅳのいずれかを算定するものと致します。

※上記料金のほかに、以下の加算を算定させていただくことがあります。

- ①初回加算                                 :   2 0 0 単位
- ②生活機能向上連携加算               :   1 0 0 単位／月
- ③口腔連携強化加算                   :   5 0 単位／回

③利用料金(介護保険の給付対象外)

<交通費>

- ・通常のサービス提供実施地域（※） → 無料
- ・それ以外の地域                         → 実費

※通常のサービス提供地域については、1 ページに記載しています。

- ・買い物時や薬の受けとり時の交通費         → お客様の実費負担となります。
- ・通院介助時の交通費                         → 実費

<水道代・ガス代>

- ・お客様のご自宅で、サービス実施のために水道・ガスを利用した場合、その代金は お客様の実費負担となります。

<電話代>

- ・お客様の自宅で、サービス実施のためにやむを得ず電話を利用した場合、その代金は お客様の実費負担となります。

<コピー代>

- ・サービス提供記録等をコピーした場合、お客様の実費負担となります。

(1 枚あたり 10 円)

#### <衛生物品>

- ・おむつ等衛生物品を購入した場合、お客様の実費負担となります。

#### <介護ノート>

- ・必要な方のみご用意いたします。お客様の実費負担となります。

(1冊あたり 100 円)

#### <キャンセル料>

- ・お客様の都合により、予約していたサービスの利用を中止する場合、解約料が必要となる場合があります。詳しくは、次の表の通りです。

ご利用日前営業日の午後 5 時までに連絡を頂いた場合	無料
ご利用日前営業日の午後 5 時までに連絡をいただかなかった場合	一律 2,000 円

※ただし、お客様の容態の急変など、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です。

#### <その他の利用料金>

- ・介護保険が適用されないサービスを利用する場合は、全てお客様の全額自己負担となります。

#### <要介護認定の申請前や申請後認定前にサービスを利用した場合>

- ・要介護認定の申請前または申請後で要介護認定前でもサービスを利用できますが、認定の結果自立となった場合には、所定の利用料を負担していただきます。  
また、認定結果によって、利用限度額を超えた場合、その超えた分をご負担していただくことになります。

### ④支払方法

- ・サービスを利用した場合、翌月 15 日までに前月分の利用料の請求をいたします。

(「請求書」を郵送または手渡しにてお渡しします)。

- ・請求書には明細が付いておりますので、必ず内容をご確認ください。
- ・支払方法は原則、自動振替または振込みのいずれかとします。

※自動振替手数料 (150 円/月額) 及び振込手数料はお客様ご負担となります。

※引き落とし日は、ご利用月の翌月 23 日です。

※お支払いいただきましたら領収証を発行しますので、大切に保管してください。

#### ◎サービス計画書

- ・当事業所は、利用者様の心身や生活の状況等を確認し、利用者様やご家族等、居宅介護支援事業者・地域包括支援センターと協議し「サービス計画書」を作成します。
- ・「サービス計画書」を作成する場合、利用者様やご家族等に対し説明し同意を得ることとします。
- ・当事業所は、必要に応じて医師や居宅介護支援事業者・地域包括支援センター等の指導や助言に基づき「サービス計画書」の変更や中止を行います。

#### ◎日常的金銭管理・財産管理・権利擁護等への対応

当事業所は、お客様にサービスを提供する際に付随した日常的金銭管理・財産管理については、家事援助として行う買い物等に伴う少額の金銭の管理以外は、取扱いしません。

#### ◎損害賠償

- ・当事業所は以下の内容で損害賠償保険に加入しています。
- ・当事業所がお客様に対して賠償すべきことが起こった場合は、誠実に対応するとともに、契約書本文第14条に基づき、当事業所は金銭等により賠償をいたします。

#### ◎ケアマネジャーや主治医(かかりつけ医)との連携

- ・当事業所は、サービスの提供にあたり、ご担当のケアマネジャーや主治医(かかりつけ医)との緊密な連携を図り、より良いサービスを提供いたします。
- ・また、お客様がケアプラン(居宅サービス計画)の変更を希望される場合は、速やかにご担当ケアマネジャーへ連絡し、調整いたします。

#### ◎サービス利用についての注意事項

##### ＜サービスの変更、追加について＞

利用者様からのサービス利用の時間の変更や追加の申し出に対し、訪問介護員等の状況により利用者様の希望に沿えない場合がございます。

##### ＜サービスの終了＞

##### ①利用者様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サービスの24時間前までに文書でお申し出ください。利用者様の病変、急な入院などやむをえない理由がある場合は、24時間以内の文書による通知でサービスを終了させることができます。

##### ②当事業所の都合でサービスを終了する場合

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。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

##### 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。

- ・利用者様が介護保険施設に入所した場合

#### ④その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、利用者様は即座にサービスを終了することができます。
- ・利用者様やご家族等が、当事業所及び従事者に対する理不尽な苦情を申立てる等の行為、暴力、脅迫、セクシャルハラスメントなどの重大な公序良俗に反する行為をなし、改善に見込みがないなど、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、サービスのご利用を一時中止及び終了させていただく場合がございます。
- ・利用者様が、サービス利用料金の支払を2ヶ月分以上滞納し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず1ヶ月以内に支払わない場合、または利用者様やご家族などが当事業所や当事業所の訪問介護員に対して本契約を継続し難いほどの不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く場合がございます。
- ・地震、噴火等の天災、その他事業者の責に帰すべからず事由によりサービスの実施ができなくなった場合には、当事業者は利用者様に対してサービスを終了させていただく場合がございます。

#### <その他の注意事項>

- ・訪問予定時間は、交通事情等により前後することがあります。ご了承ください。

※訪問介護員がサービスを提供する際の事故やトラブルを避ける為、次の点をご注意ください。

- ・訪問介護員に対する飲食によるもてなしや、当事業所又は訪問介護員に対する贈り物等のご遠慮させていただきます。
- ・訪問介護員による医療行為は禁じられております。
- ・サービス提供中は、くさり等でペットを拘束して置いてください。
- ・訪問介護員は、利用者様の金銭の管理や取扱いはできません。サービス内容に買物がある場合は、5,000円以下の金銭の取扱いは可能です。  
5,000円以上の買物になる場合は、必ず当事業所へ確認をお願いいたします。

#### ◎ 苦情の受付について

##### ①当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

- |              |                                    |
|--------------|------------------------------------|
| ○苦情受付責任者     | 和田 周郎                              |
| ○苦情受付窓口（担当者） | 谷口 政司                              |
| ○受付時間        | (月～金) 8：30～17：30<br>(土) 8：30～12：30 |
| ○電話番号        | 0797-23-7300                       |
| ○FAX番号       | 0797-23-7301                       |

②行政機関その他苦情受付機関

芦屋市役所 介護保険課	所在地：兵庫県芦屋市精道町7－6 電話　：0797－38－2024
兵庫県 国民健康保険団体連合会	所在地：兵庫県神戸市中央区三ノ宮1－9－1－1801 電話　：078－332－5617



# 個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私（契約者）は、社会福祉法人明倫福祉会が実施する事業について、私および身元引受人、家族の個人情報等を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

## 1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

## 2. 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) 利用者に関わる介護計画を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供の為
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- (4) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) その他サービス提供で必要な場合
- (8) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

## 3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

説明及び同意年月日 令和 年 月 日

説明を行った時間 \_\_\_\_\_

説明を行った場所 \_\_\_\_\_

訪問介護サービスの利用に際し、本書面に基づき重要事項及び個人情報の利用に係る同意についての説明を行いました。

説 明 者 社会福祉法人明倫福祉会 ヘルパーステーションあしや

職 種 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項及び個人情報の利用に係る同意についての説明を受け、訪問介護の利用に同意しました。

契 約 者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(代筆者 : \_\_\_\_\_ )

(利用者との関係 : \_\_\_\_\_ )

身元引受人 (連帯保証人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(利用者との関係 : \_\_\_\_\_ )

