

『指定訪問介護』重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(島根県指定 第3270200086号)

当事業所は利用者に対して指定訪問介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次のとおり説明します。

1. 事業の概要

(1) 事業の名称等

法人名	社会福祉法人 安来市社会福祉協議会
法人所在地	安来市飯島町1240番地13
電話番号	(0854) 23-1855・FAX (0854) 23-1867
代表者氏名	会長 小 笹 邦 雄
事業所名	社会福祉法人安来市社会福祉協議会 指定訪問介護事業所
事業所所在地	安来市伯太町安田1687番地 TEL (0854) 37-1432 FAX (0854) 37-1258
開設年月日	平成12年4月1日
営業日	月曜日～金曜日 (年末12/29～年始1/3は休みます)
営業時間	午前8時30分～午後5時15分 (特別の場合は、この限りではありません)
サービス提供地域	安来市内全域

(2) 事業目的

当事業所は適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護福祉士又は訪問介護員研修の修了者が、要介護状態にある高齢者等に対し、尊厳のある自立した適正な訪問介護を提供することを目的とします。

(3) 運営方針

当事業所の訪問介護員は、要介護者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を行います。

②事業の実施にあたっては関係市町村、地域包括支援センター・地域の保健・医療・福祉・サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(4) 職員の体制

当事業所では、利用者に対して指定訪問介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

職種	常勤	非常勤	職務内容
事業管理者	1		苦情相談・業務管理
サービス提供責任者	1		サービス管理
訪問介護員	1	7	サービス提供
介護福祉士	1	5	
介護職員基礎研修修了者			
ヘルパー2級課程修了者		2	

2 提供するサービスの内容と利用料金

- (1) 事業者は、利用者ご家庭に訪問し、サービスを提供します。
- (2) 訪問介護サービスは以下の内容により、サービスを提供します。
 - ◎身体介護・・・入浴及び身体の保清・排泄介助・食事の介助・通院等乗降介助等の介護
 - ◎生活援助・・・調理・洗濯・掃除・買い物等の日常生活支援
- (3) サービス提供にあたっては、別添の「訪問介護サービス計画」に沿って計画的に行い、利用者の希望を確認したうえで実施します。

【サービス利用料金】

それぞれのサービスについて、平常の時間帯（午前8時～午後6時）での料金は次のとおりです。

	サービスに要する時間	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間半未満	1時間半以上 2時間未満
		利用料金	2,440円	3,870円	5,760円
身体介護	自己負担	244円	387円	576円	658円
	サービスに要する時間	45分未満	45分以上 1時間未満		
	利用料金	1,790円	2,200円		
家事援助	自己負担	179円	220円		

★早朝（午前6時～8時）・夜間（午後6時～8時）の時間帯は25%増の料金になります。

★利用料金の自己負担額は、介護報酬告示上の額を「介護負担割合証」の利用者負担割合に記載された割合分とします。

★利用者、家族等から要請を受け、ケアマネージャーが必要と認めた緊急訪問介護を行った場合には、緊急時訪問介護加算を1回について100単位加算いたします。

★新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、サービス提供責任者と訪問介護員が介護を行う場合には、初回加算を200単位加算いたします。

★訪問介護処遇改善加算（IV）として訪問介護を提供した場合には、総額の14.5%算定いたします。

★生活機能向上連携サービスがある方は、月100単位を加算いたします。

★サービスに要する時間は、そのサービスを実施するために国で定められた標準的な所要時間です。

【利用料金の支払】

利用料は1ヶ月ごとに計算し、請求しますので、翌月20日までに下記のいずれかの方法でお支払いください。

ア) 利用者金融機関口座からの自動引き落し

利用可能な金融機関

郵便局・JA やすぎ・山陰合同銀行

イ) 現金徴収

毎月15日～20日頃までに請求書を発行し、事務局職員が徴収に伺います。

3 サービス利用の中止、変更、追加、及び緊急時の連絡

1 利用予定日の前に利用者の都合により、サービスの利用を中止または変更もしくは、新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービス実施日の前々日までに、事業者に申し出てください。

2 緊急にサービスを中止する場合はこの限りではありません。又、緊急に連絡を取りたい場合には、下記連絡先へご連絡ください。

安来市社会福祉協議会伯太支所・・・TEL 0854-37-1432

土曜日、日曜日、祝祭日、夜間・・・TEL 0854-37-1432（転送）

4 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、利用者に対する訪問介護サービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為
- ② 利用者もしくはその家族からの飲食及び物品等の授受
- ③ 利用者の家族等に対する訪問介護サービスの提供
- ④ 飲酒及び利用者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙
- ⑤ 利用者もしくはその家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑥ その他、利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為
- ⑦ 利用者若しくはその家族が運転する車への同乗

5 守秘義務・及び個人情報の保護

事業者及び訪問介護員は、職務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密を漏洩

しません。

この守秘義務及び個人情報の保護についても、職を退いた後も同様とします。

6 苦情・相談の受付

(1) 当事業所に対する苦情やご相談は次のとおり受け付け、苦情処理要綱に従って適切に対応いたします。

○受付担当者 管理者 田中正美

○受付時間 月曜日～金曜日 午前9時～午後4時 (12/29～1/3 及び祝祭日を除く)

○連絡先 TEL 0854-37-1432 FAX 0854-37-1258

※苦情等受付ボックスを玄関ホールに設置していますのでご利用ください。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

□安来市役所 介護保険課 (安来市健康福祉センター内)

所在地 安来市広瀬町広瀬 1930-1番地

電話番号 0854-23-3220・FAX 0854-23-3281

受付時間 8:30～17:15

□島根県国民健康保険団体連合会

所在地 松江市学園南一丁目7番14号

電話番号 0852-21-2113・FAX 0852-21-2164

受付時間 8:30～17:00

7 事故発生時の対応

①利用者に対する指定訪問介護の提供により発生した事故に対しては、迅速かつ円滑に対応します。又、サービス提供責任者及び管理者が責任を持って事後処理にあたります。

②該当利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者（担当ケアマネ等）と連携を密にし、状況によっては市町村へも連絡を取り処置を講じます。

③利用者に対する適切な対応の後、サービス提供責任者及び管理者を軸に事故発生の原因解明、再発防止のための対策を講じる事故対策委員会を開き検討します。

④損害賠償等に関しては、現在加入している事業者用損害賠償責任保険に報告し、要賠償の場合には、円滑に対応するようにはからいます。

8 第三者委員

本事業所では、地域にお住いの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、本事業への苦情やご意見は「第三者委員」に連絡することもできます。

- ・ 野口 芳枝 ・・ 安来市飯生町672-13
- ・ 内田由美子 ・・ 安来市赤江町1435

9 介護サービスの提供記録の開示の実施

利用者の求めに応じてサービス提供記録を開示します。

10 虐待防止

事業所は、虐待発生又はその再発を防止するために次に掲げる措置を講じる。

虐待防止の為の対策を検討する委員会を定期的に開催し、訪問介護員に周知徹底を図り
虐待防止の研修を定期的に開催するために担当者を置く。

2 事業所はサービス提供中に擁護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合、
、速やかに、市に通報するものとします。

11 衛生管理等

訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態にて必要な管理を行う、備品等について衛生的な
管理に努める。感染症は、感染症が発生しまん延しないように委員会を定期的に開催し、訪
問介護員に周知徹底を図る。

12 業務継続計画

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に
実施する為、及び非常時の体制で早期の業務再開の計画を策定し計画に従い必要な
措置を講じます。

『指定訪問介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。』

令和 年 月 日

事業者 所在地 安来市伯太町安田 1687
名 称 社会福祉法人安来市社会福祉協議会
指定訪問介護事業所

説明者 サービス提供責任者

氏 名 _____ 印

『私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受けました。』

令和 年 月 日

ご利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

ご家族又は代理人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

