介護予防 · 日常生活支援総合事業

第1号訪問事業

訪問介護

重要事項説明書

社会福祉法人 出雲南福祉会 寿生訪問介護

## 寿生訪問介護サービスについて(重要事項説明書)

### 1. 事業の目的

寿生訪問介護が行う事業は、要介護(要支援・事業対象)状態等となった場合においても、その利用者が居宅においてその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の心身の特性を踏まえ、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サービス提供することを目的とします。

# 2. 運営の方針

利用者の心身の状況・生活環境等を踏まえ、介護保険法等の定めに基づき、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等との綿密な連携を図りながら、利用者の要介護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。

### 3. 事業所の概要

事 業 者 名	社会福祉法人 出雲南福祉会
代 表 者 名	理事長 宮本 享
事 業 所 名	寿生訪問介護
サービスの種類	訪問介護、介護予防·日常生活支援総合事業 第1号訪問事業
介護保険指定番号	3270402799
開設年月日	平成28年3月24日
事業所の所在地	島根県出雲市大津町3627番22
電 話 番 号	0853-25-9222
F A X 番 号	0853-25-9100
管 理 者 氏 名	杠 真司
通常の事業実施地域	出雲市(平田町、大社町、佐田町、湖陵町、多伎町を除く)

### 4. 事業所の職員体制

1. 管理者

2. サービス提供責任者 介護福祉士 1名以上

3. 訪問介護員 介護福祉士 常勤換算で2.5名以上

1名

## 5. 営業日及び営業時間

営業日: 月曜日から日曜日までとし、年末年始(12月30日から1月4日)及び盆(8月14日から8月15日)

を除く

営業時間: 午前8時30分から午後5時まで。但し、サービス提供時間は0時から24時までとする。

### 6. サービスの内容

### ●身体介護

①起床介助 ②就寝介助 ③排泄介助 ④整容介助 ⑤食事介助 ⑥衣服の脱着

⑦清拭 ⑧入浴介助 ⑨体位交換 ⑩服薬管理 ⑪通院介助 ⑫その他( )

### ●生活援助

③洗濯 ④掃除 ⑤買い物 ⑥調理 ⑦衣類の入れ替え ⑱その他( )

●介護予防・日常生活総合事業 第1号訪問事業(要支援 1・2 の方、事業対象者のみ) 自立支援を目的とした「身体介護」や「生活援助」

# 7. 利用料金について

介護保険から給付サービスを受ける場合は、下記の利用料の1割から3割負担となります。 ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用料金は全額自己負担となります。

# 

		単位数	利用者負担金額			
			利用金額	1割	2割	3割
	20分未満	167	1,670円	167円	334円	501円
身	20分以上30分未満	250	2,500円	250円	500円	750円
体介護	30分以上1時間未満	396	3,960円	396円	792円	1,188円
	1時間以上	579	5,790円	579円	1,158円	1,737円
	(30分増す毎に)	+84	+840円	+84円	+168円	+252円
生活援助	20分以上45分未満	183	1,830円	183円	366円	549円
	45分以上	225	2,250円	225円	450円	675円

# 【 介護予防 · 日常生活支援総合事業 第1号訪問事業 】

◎利用料金は1ヶ月ごとの定額制です。ご契約者の体調不良や状態の改善により計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、又は多かった場合であっても日割り計算はできません。

		単位数	利用者負担金額			
			利用金額	1割	2割	3割
訪問型サービス費 (独自) I	要支援1・2・事業対象者(週1回程度の 第1号訪問事業)	1,176	11,760円	1,176円	2,352円	3,528円
訪問型サービス費 (独自)Ⅱ	要支援1・2・事業対象者(週2回程度の 第1号訪問事業)	2,349	23,490円	2,349円	4,698円	7,047円
訪問型サービス費 (独自)Ⅲ	要支援2、事業対象 者(週2回を超える程 度の第1号訪問事 業)	3,727	37,270円	3,727円	7,454円	11,181円

- ※① 上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用される方の 居宅サービス計画、介護予防サービス・支援計画に定められた目安の回数を基準とします。
- ※② やむを得ない事情で、かつ利用される方の同意を得て2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。
- ※③ 上記基本料金に、介護職員処遇改善加算 I として一月の合計単位数の13.7%、介護職員等特定処遇改善加算 I として一月の合計単位数の6.3%が加算されます。 介護職員等ベースアップ等支援加算として一月の合計単位数の2.4%が加算されます。 訪問介護では、特定事業所加算 II が加算されます。

# 【加算料金】

以下の条件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

	単位数	利用負担金額			
	<b>早</b> 似级	1割の方	2割の方	3割の方	
初回加算	+200/月	200円	400円	600円	新規の利用者にサービスを提 供したとき
緊急時 訪問介護加算 (介護保険)	+100/回	100円	200円	300円	計画にない訪問介護を行った 場合に、介護支援専門員が必 要と認めた時に加算
生活機能向上 連携加算 (Ⅰ)(Ⅱ)	+100/月 +200/月	100円 200円	200円 400円	300円 600円	理学療法士等と共同して計画 を作成し、連携してサービス提 供を行った場合に加算

## 【 割増料金 】

時間	料金
早朝(午前6:00~午前8:00)	基本料金の 25 %増し
夜間(午後6:00~午後10:00)	基本料金の 25 %増し
深夜(午後10:00~午前6:00)	基本料金の 50 %増し

### 【減算】

薫風の丘居住の方、又は同一建物に居住する20人以上の利用者に対してサービスを提供する場合は、基本部分の10%を減算して算定します。

## 【その他】

- ※① 通常の実施区域以外の方にサービスを提供した場合は、別途交通費として実施区域の境から自宅まで1kmあたり20円を徴収します(往復)。
- ※② 利用される方のお住まいでサービスを提供する為に使用する水道、ガス、電気等の費用は利用される方のご負担になります。

### 8. 利用にあたっての留意事項

- ① 医療行為は行えません。
- ② ご利用者様またはご家族様の金銭、預貯金通帳、証書、書類などのお預かりは行えません。 ただし、生活支援として買い物での少量の金銭のやり取りは行います。
- ③ 草むしり等のような、直接ご本人の日常生活に属しないと判断される行為は、介護保険外のサービスになりますのでご了承ください。
- ④ 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。
- ⑤ サービスの利用を中止する際には、すみやかに事業所までご連絡ください。

連絡先 : 寿生訪問介護 (電話) 0853-25-9222

# 9. 個人情報の取り扱いについて

介護計画作成の為、または居宅介護支援事業所などへの情報提供の為のサービス担当者会議等にて、 利用者またはその家族の個人情報を用いることがあります。但し、用いる個人情報は必要最小限とし、関 係者以外に洩らすことはありません。また、業務上知り得た利用者や家族等の秘密を洩らしません。

### 10. 事故発生時の対応について

サービス提供中に、事故・病状の急変・その他緊急事態が生じた場合は、速やかにご利用者のご家族 に連絡をとり、主治医または医療機関への連絡など必要な対応をするとともに、管理者に報告します。 管理者は市町村、居宅支援事業者等へ連絡をとり必要な措置を講じます。

11. 戛	要望及び苦情等の相談について
-------	----------------

/ - \	1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -	
( I )	サードスに関する相談の予信につし	N7 / 1 / 1 / 1 / 1 / 1 / 1 / 1 / 1 / 1 /
( I /	サービスに関する相談や苦情につい	・しょうハックルショ しかかいしょり。

苦 情 受 付 担 当 者 : 佐藤 美木 (サービス提供責任者) 電話:0853-25-9222

苦情解決責任者 : 杠 真司 (管理者)

第 三 者 委 員 : 高橋 和也 電話番号 : 0853-48-1209

: 吾郷 正巳 電話番号 : 0853-24-1051

### (2) 苦情解決の方法

①相談・苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。 または、第三者委員や出雲市、島根県の苦情相談窓口に直接相談されてもよいです。

◎出雲市役所健康福祉部高齢者福祉課 電話番号 : 0853-24-6111

◎島根県健康福祉部高齢者福祉課 電話番号 : 0852-22-5256

- ②苦情に関する検討会で苦情の内容を協議し、回答いたします。
- ③苦情に関する検討会で対処困難な場合、また、ご了解いただけない場合は、第三者委員 や各種関係機関に助言を求め、回答いたします。

以上、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

【 説明者 】

所属 : 寿生訪問介護

職名: サービス提供責任者

名前 印

私は、契約書及び本書面により重要事項の説明を受け承諾いたしました。

令和 年 月 日

【 利用者 】

住所

家族 又は 上記代理人

住所