

第1号訪問事業(訪問型サービス) 重要事項説明書

1. 事業者

事業者名称	社会福祉法人 小浜市社会福祉協議会
代表者名	理事長 山岸 博之
事業者所在地	福井県小浜市遠敷84-3-4
電話番号	0770-56-5800
FAX番号	0770-56-5806

2. 事業所

事業所名称	小浜市社会福祉協議会指定訪問介護事業所
管理者氏名	中村 あけみ
事業所所在地	福井県小浜市遠敷84-3-4
電話番号	0770-56-5801
FAX番号	0770-56-5806
指定年月日及び指定番号	【指定第1号訪問事業】 介護予防訪問介護相当サービス・訪問型サービスA : 令和2年4月1日 1870400015

3. 事業の目的・運営方針

(1) 事業の目的

【指定第1号訪問事業】

利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持もしくは改善を図り、または要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる必要な支援を行うことにより、心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持または向上を目指します。

(2) 運営方針

前項の目的を達成するため、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るものとします。

4. 職員の職種、員数及び職務内容

(1) 職員の職種、員数

- ・管理者 1名
- ・サービス提供責任者(訪問事業責任者) 2名
- ・訪問介護員 10名以上

(2) 職務内容

- ・管理者は、事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行うものとしま

す。

- ・サービス提供責任者(訪問事業責任者)は、事業所に対する第1号訪問事業の利用の申し込みにかかわる調整、訪問介護員等に対する技術指導、第1号訪問事業個別計画の作成等を行うとともに、第1号訪問事業の提供に当たるものとしてします。
- ・訪問介護員は、第1号訪問事業の提供に当たるものとしてします。

5. 営業日及び営業時間

月曜日から日曜日までの午前8時30分から午後6時までとします。

なお、営業時間外でのサービス提供のご希望があれば、ご相談たまわります。

6. 通常の事業の実施地域

小浜市の区域とします。

7. サービスの内容

訪問型サービスの主な内容は、次のとおりです。

身体 介 護	食事介助	下膳、食事量チェック、水分補給
	入浴介助	入浴準備、手浴、足浴、洗髪、浴後清掃
	排泄介助	ポータブルトイレ介助、おむつ交換、尿器・便器介助、 ベッド上排泄、尿便後始末、陰部臀部清拭
	清潔の援助	入浴介助、清拭、洗面介助、洗髪、寝衣交換、シーツ交換、 布団干し、うがい・歯磨き・爪切り・髭剃りの介助、 衣類・寝具の交換、義歯洗浄
	移動介助	トイレ誘導、車椅子・歩行・座位移動介助、体位交換
	健康管理	通院介助、薬の受取・整理、服薬介助、床ずれ予防
生 活 援 助	買い物	献立作成
	調理	温め、きざみ、盛り付け、配膳
	掃除	居室の清掃、換気・室温調整、後片付け、食器洗い
	洗濯	衣類管理

*訪問型サービス A については、身体介護を含まない生活援助（掃除・洗濯・調理・買物等）のみ提供となります。

8. 利用料金

訪問型サービスを提供した場合の利用料の額は、「小浜市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱」上の額とします。そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、基準額に、利用者の介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた額です。

【介護予防訪問介護相当サービス利用料金】

〈基本料金〉

内 容	利用頻度	対 象	料 金
介護予防訪問介護相当サービス費(Ⅰ)	週1回程度の利用が必要な場合	要支援1, 2 事業対象者	11,760円/月
介護予防訪問介護相当サービス費(Ⅱ)	週2回程度の利用が必要な場合	要支援1, 2 事業対象者	23,490円/月
介護予防訪問介護相当サービス費(Ⅲ)	週2回を超える利用が必要な場合	要支援2 事業対象者	37,270円/月

〈加算料金〉 実績に応じて基本料金に加算されます。

項 目	料 金
初回加算 (注1)	2,000円/月
中山間地域等に居住する方へのサービス提供加算 (注2)	基本料金に5%加算
特別地域加算 (注3)	基本料金に15%加算

(注1) 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、自ら訪問介護を行う場合または他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合が要件

(注2) 国の定める地域に居住する方へのサービス実施が要件

(注3) 国の定める地域に所在する事業所(へき地・離島等)が加算要件

※ご契約者が介護認定を受ける前に、緊急的にサービスを利用した場合等は、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い) また、居宅サービス計画を作成しない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

【訪問型サービス A 利用料金】

〈基本料金〉

対 象	利用頻度	サービス提供時間	料 金
・要支援1, 2 ・事業対象者	週1回程度 (月5回上限)	1回あたり 45分程度	1,520円/回
	週2回程度 (月9回上限)		

9. お支払い方法

利用料金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

ただし、原則として自動口座引き落としでお願いいたします。

イ. 自動口座引き落とし (ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします)

ロ. 銀行振込 (期日までに利用者の方がお振込み願います。手数料は利用者負担と

なります)

ハ. 現金払い (定められた日にお支払い願います)

10. キャンセル

ご契約者の都合でサービスを中止する場合には、サービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。

利用予定日の前日までにご連絡がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

ただし、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

11. 緊急時の対応方法

訪問介護サービスの提供を行っているときに利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じます。

12. 守秘義務

- (1) サービスを提供する上で知り得た利用者およびその家族に関する秘密および個人情報については、利用者または第三者および事業従事者の生命、身体などに危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中および契約終了後第三者に漏らしません。
- (2) 前項の規定にかかわらず、利用者に係る居宅介護支援サービス事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、利用者及びその家族の同意を得たうえで、情報提供することができるものとします。
- (3) サービスの提供に当たって、緊急時の速やかな対応を行うため等正当な理由がある場合は、利用者及びその家族の同意を得たうえで、保険者および医療機関等から心身等の情報を得ることができるものとします。

13. サービスに関する留意事項

(1) サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。

ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

(2) 訪問介護員の交替

1. ご契約者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。ただし、

ご契約者から特定の訪問介護員の指名はできません。

2. 事業者からの交替の申し出

事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。訪問介護員を交替する場合は、ご契約者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

(3) サービス実施時の留意事項

1. 定められた業務以外の禁止

ご契約者は、訪問介護サービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

2. 訪問介護サービスの実施に関する指示・命令

訪問介護サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。ただし、事業者は訪問介護サービスの実施にあたってご契約者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

3. 備品等の使用

訪問介護サービスの実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

(4) サービス内容の変更

サービス利用当日に、ご契約者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービスの内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

(5) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、ご契約者に対する訪問介護サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

1. 医療行為または医療補助行為
2. ご契約者もしくはその家族等からの高価な物品等の授受
3. ご契約者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
4. その他ご契約者もしくはその家族等に対して行う迷惑行為

1 4. 苦情等相談の受付

(1) 利用場所及び時間

当事業所内において、上記の営業時間でご相談、苦情を受け賜われます。

(2) 利用方法

来談、電話、FAX、電子メール、書簡等で受け賜われます。

電話番号 0770-56-5801

0770-56-5802(営業時間外連絡先)

FAX番号 0770-56-5806

電子メール info@obama-shakyo.or.jp

(3) 窓口担当者

管理者 中村 あけみ

その他、当事業所以外に、市町村担当課、国民健康保険団体連合会、県担当課に苦情を伝えることができます。

【小浜市役所 高齢・障がい者元気支援課】小浜市大手町 6-3 電話 0770 (53) 1111

【福井県国民健康保険団体連合会】 福井市西開発 4-202-1 電話 0776 (57) 1614

【福井県庁 長寿福祉課】 福井市大手 3-17-1 電話 0776 (21) 1111

(4) 苦情処理を行うための処理体制・手順

- ・窓口で受けた相談苦情は、相談苦情処理記録簿にてデータ化し、社会福祉法第82条、83条による社会福祉法人としての苦情解決体制と連動して処理内容を決定し、利用者に伝達します。
- ・利用者に対してサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償について検討します。
- ・提供した訪問介護事業に関し、市町村及び国民健康保険団体連合会の行う調査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合は、それに従って必要な改善を行います。

1 5. 情報提供等に関する同意への求め

利用者及びその家族に関する個人情報、介護支援事業者、地域包括支援センター、保健サービス機関、医療機関、福祉サービス機関に必要な応じて情報を提供または得ることを求めます。

1 6. 介護保険の給付の範囲を超えるサービス利用に関する同意への求め

介護保険の給付の範囲を超えるサービスについて、上記の利用料金についての留意事項を了承のうえ当該サービスを利用する場合、それに係わる利用料を支払うことへの同意を求めます。

1 7. その他重要事項

本重要事項説明書に定めのない事項については、介護保険法その他諸法令の定めを遵守するものとします。