

# 成寿苑指定訪問介護事業所

訪問介護 ・ 介護予防訪問介護

## 重要事項説明書

### 1 訪問介護サービスの目的

訪問介護サービスは、要支援又は要介護状態にあるお客様に対し、介護保険法で定める訪問介護サービスを提供し、お客様がその有する能力に応じて、可能な限りその居宅において自立した生活を営むことができるよう支援することを目的とします。

### 2 事業者概要

事業者名 社会福祉法人成寿会  
事業所所在地 秋田県大館市釈迦内字狼穴79番地  
代表者 理事長 奥村 俊樹  
設立年月日 平成16年 7月14日  
電話番号 0186-48-4975

### 3 訪問介護サービスを提供する事業所

#### ■サービス事業所の概要

サービス事業所の名称	成寿苑指定訪問介護事業所
所在地	秋田県大館市釈迦内字狼穴79番地
電話番号	0186-57-8781
指定年月日	平成27年 2月 1日指定
事業所番号	0570423228
管理者の氏名	佐々木 友子
サービス提供責任者の氏名	佐々木 友子 (サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出下さい。)
実施サービス	訪問介護・介護予防訪問介護
通常の事業の実施地域	旧大館市(旧比内町及び旧田代町を除く)

#### ■職員体制

	常勤	非常勤	計	資格等
管理者	1人	人	1人	
サービス提供責任者	1人	人	1人	介護福祉士
訪問介護員 (ホームヘルパー)	2人	1人	2人	介護福祉士
	人	人	人	介護職員基礎研修課程
	人	人	人	訪問介護員養成研修1級課程
	1人	1人	2人	訪問介護員養成研修2級課程
	1人	人	1人	介護職員初任者研修
人	人	人	その他(看護師・准看護師等)	

職員体制に関する備考 (兼務の有無等)	1人	人	1人	
------------------------	----	---	----	--

■営業日及び営業時間

営業日	日～土曜日
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
休業日	年末年始（12月30日～1月3日）
備考	

※居宅サービス提供により、休業日及び営業時間外であってもサービスを提供する場合があります。

4 主となるサービス内容

※介護保険法で定める訪問介護のサービス内容に限られます。

①身体介護

お客様の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助や専門的な援助を行います。

例) 起床介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助など

②生活援助

家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。

例) 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など

※サービスはお客様を対象としたものに限られ、上記の生活援助の場合、お客様以外の方のお食事の調理、衣類の洗濯、買い物、お客様の居室以外の掃除はできません。

※調理の中でも、きざみ食やミキサー食、糖尿病食などの特別食（医療食・治療食）は、介護保険法のサービス区分上、身体介護として取り扱われます。

※各々のサービス内容やその実施方法等の詳細につきましては、サービス従事者（5参照）までお気軽におたずねください。

<サービスのご利用にあたりまして>

成寿苑指定訪問介護事業所（以下「訪問介護事業所」とします。）が提供しますサービスは以下の取り扱いとさせていただきますので、サービスの実施において、ご不審の点がございましたら直ちに事業所までご連絡ください。

1. サービス提供上必要な場合（※）を除きまして、お客様の現金をお預かりすることは一切ございませんのでご了承ください。
2. お客様の預金通帳・キャッシュカード・健康保険証・印鑑・その他の有価証券等をお預かりすることは一切ございませんのでご了承ください。
3. お客様の預金通帳・キャッシュカード・健康保険証・印鑑・その他の有価証券等が保管されている場所をお聞きすることも一切ございませんのでご了承ください。
4. お客様及びそのご家族の個人情報の取り扱いについては、守秘義務の遵守のもと、細心の注意を払います。

※訪問介護サービスにおける、買物代行サービス等を行うにあたって、少額の現金をお預かりするケースはございますが、お客様又はそのご家族にその場で必ず金額等に関するご確認・ご了承をいただいております。

## 5 サービス従事者

- ① サービス従事者とは、お客様の訪問介護サービスを提供する訪問介護事業所の職員であり、主として訪問介護員（介護福祉士、訪問介護養成研修1～2級課程修了者、介護職員初任者研修課程修了者、看護師等）、そして、サービス提供責任者が該当します。
- ② お客様の担当になる訪問介護員の選任（担当の変更を含みます）は、訪問介護事業所が行い、お客様が訪問介護員を指名することはできません。  
訪問介護事業所の都合により担当の訪問介護員を変更する場合は、お客様やそのご家族に対し事前にご連絡すると共に、サービス利用に関する不利益が生じないように十分に配慮します。
- ③ お客様が、担当の訪問介護員の変更を希望する場合には、その変更希望理由（業務上不適当と判断される事由）を明らかにして、事業所まで申し出てください。  
※業務上不適当と判断される事由がなき場合、変更を致しかねることがあります。
- ④ 訪問介護事業所は、お客様からの希望による変更も含め、訪問介護員の変更により、お客様及びそのご家族等の介護者に対して、サービス利用に関する不利益が生じないように十分配慮します。

## 6 利用料金

### ①基本料金

- 下表は通常時間帯（午前8時30分～午後5時30分）の場合です。
- 下表の括弧内の金額は、介護保険法で定める訪問介護サービスの基本となる報酬単位であり、地域により異なります。

お客様がお住まいの地域の基本料金は、括弧内の金額の下に記載しています。

	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満	1時間以上の場合 1時間から計算して所要 時間30分を増すごとに
身体介護	(2,450円)	(3,880円)	(5,640円)	(800円)を追加
	20分以上45 分未満	45分以上		
生活援助	(1,830円)	(2,250円)		

○上記の基本料金は、実際にサービスの提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画に定められた訪問介護サービスの提供に要する目安の時間を基準とします。

○通常時間帯以外の時間帯にサービスの提供をする際には、上記の基本料金に、以下の通り割り増しされます。

サービス提供時間帯	割り増し料金
早朝（午前6時00分～午前8時00分）	25%
夜間（午後18時00分～午後22時00分）	25%
深夜（午後22時00分～午前6時00分）	50%

- 2名の訪問介護員によりサービスを提供する必要があると判断される場合には、お客様の同意を得た上で通常の利用料金の2倍の料金をいただきます。
- 上表の「身体介護」において、身体介護が中心である訪問介護を行った後に、引き続き所要時間30分以上の生活援助が中心である訪問介護を行う際は、30分増す毎に「1時間30分以上30分を増す毎」の追加料金が適用されます。

■介護予防訪問介護の料金はこちらになります。

介護予防訪問介護費	1月につき
介護予防訪問介護費（Ⅰ）週1回程度	11,680円
介護予防訪問介護費（Ⅱ）週2回程度	23,350円
介護予防訪問介護費（Ⅲ）その他	37,040円

## ②利用者負担金

○介護保険の適用になるお客様（要支援又要介護認定を受けられる方は）、前記①の基本料金の1割若しくは2割をお支払いいただきます。（消費税は課税されません）  
但し、介護保険の給付の範囲を超えた分につきましては、全額自己負担（前記①の基本料金）となります。

## ③交通費

前記3に記載されている通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。  
それ以外の地域にお住まいの方は、前記3に記載されている通常の事業の実施地域を超えた地点からお客様の居宅までの往復距離について交通費を負担していただくことになり、その詳細は下表に記載している通りです。

移動手段	負担していただく交通費
公共交通機関	実費
車	10キロあたり315円

- ※ サービス従事者の移動手段は地域により異なります。
- ※ 通院介助におけるお客様の居宅と病院の往復により移動交通費（サービス従事者の移動交通費を含みます）が発生する場合には、原則としてお客様の負担になります。
- ※ 買い物代行サービスにおけるお客様の居宅と商店の往復の往復により移動交通費が発生する場合には、原則としてお客様の負担になります。

## ④訪問介護サービス計画及び利用料金の見積もり

居宅サービス計画に基づいて提供する訪問介護サービス及びその利用料金の見積もりは、別紙「訪問介護サービスご利用確認書」に記載の通りです。  
尚、「訪問介護サービスご利用確認書」は、居宅サービス計画の変更により訪問介護サービス計画の変更があった場合、新たにお客様に交付してその内容を確認するものとします。

## 7 お支払い方法

前月のサービスご利用分に関する利用者負担金を、訪問介護事業所が定める翌月の期日までにお支払いいただきます。お支払い方法は、原則として口座振込みか口座引き落としとさせていただきます。尚、口座引き落とし以外のお支払いについては、弊事業所又は訪問いたしましたサービス従事者までご相談ください。

※前記は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。居宅サー

ビス計画を作成していない場合など「償還払い」の取り扱いにおいては一旦お客様に基本料金をお支払いいただき、その他市町村に対して保険給付分（基本料金9割）を請求していただくことになります。

※法定代理受領サービスに該当しない訪問介護サービスに係わる費用の支払いを受けた場合は、提供した訪問介護サービスの内容、費用の額、その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を発行いたします。

## 8 留意事項

- ① サービス提供の為にお客様の居宅において使用する水道、電気、ガス、電話等の費用はお客様の負担となります。
- ② 訪問予定時間は、交通事情により前後することがあります。

## 9 サービス相談窓口、及び苦情・事情受窓口

- ① サービスのご利用に関わる相談、苦情、要望の受付、要望の発生等の際の受付窓口は以下通りです。

・成寿苑指定訪問介護事業所

電 話 番 号	0 1 8 6 - 5 7 - 8 7 8 1
営 業 日	12月30日～1月3日を除く毎日
受 付 時 間	午前8時30分～午後5時30分
備 考	

・上記を管轄する事業者

事 業 者	社会福祉法人成寿会
電 話 番 号	0 1 8 6 - 4 8 - 4 9 7 5
営 業 日	土・日・年末年始を除く毎日
受 付 時 間	午前8時30分～午後5時30分
備 考	

- ② その他の相談・苦情受付

その他、以下の市町村等の苦情相談窓口相談することもできます。

・市町村の相談・苦情受付窓口

市 町 村 名	大館市
電 話 番 号	0 1 8 6 - 4 2 - 8 5 3 2
担 当 部 署	介護保険係
備 考	

・国民健康保険連合会の相談・苦情受付窓口

国保連合会	国民健康保険団体連合会
電 話 番 号	0 1 8 - 8 8 3 - 1 5 5 0
担 当 部 署	苦情受付窓口
備 考	

- ③ 苦情・事故の対応時の基本手順

社会福祉法人成寿苑は以下の基本手順に基づいた対応を実施します。

- I. 苦情・事故の受付
- II. 苦情・事故内容の確認

- Ⅲ. 苦情・事故解決責任者等への報告
- Ⅳ. 苦情・事故解決に向けた対応に関する、お客様への事前説明・同意
- Ⅴ. 苦情・事故解決に向けた対応の実施
- Ⅵ. 再発防止又は改善の処置
- Ⅶ. 苦情・事故解決結果のお客様への説明・同意
- Ⅷ. 苦情・事故解決責任者等への最終報告

苦情・事故受付担当者 佐々木 友子 (管理者)

苦情・事故解決担当者 田崎 悟 (事務長)

## 10 緊急時の連絡先

主治医・ご家族等緊急時の連絡先は、予め担当のサービス従事者により確認させていただきます。サービス提供中にお客様の容態の急変等があった場合には、下記の連絡先及び居宅介護支援事業所等へ連絡します。

### ・ご家族様

お 名 前	
電 話 番 号	
備 考	

### ・主治医

医 療 機 関	
主 治 医 名	
電 話 番 号	
備 考	

## 11 賠償責任について

- ① 訪問介護事業所は、居宅サービスの提供に伴って、訪問介護の責めに帰すべき事由により、お客様又は、そのご家族等の介護者の生命、身体、財産及び名誉に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害を賠償します。
- ② お客様又はそのご家族等の介護者は、お客様又はそのご家族等の介護者の責めに帰すべき事由により、訪問介護事業所のサービス従事者の生命、身体、財産及び名誉に損害を及ぼした場合は、相当範囲内においてその損害賠償を請求される場合があります。

## 12 守秘義務

- 1 訪問介護事業所及びサービス従事者は、訪問介護サービスを提供する上で知り得たお客様の及びそのご家族等に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- 2 訪問介護事業所は、お客様に係る居宅介護支援事業者との連携を図るなど、正当な理由によりお客様又はそのご家族等の個人情報を用いる場合には、予め書面（「個人情報に関する同意書」）により同意を得られるものとします。

## 13 介護保険法の改正

国が定める介護給付費（介護報酬）の改定があった場合、訪問介護の料金体系は、国が定める介護給付費（介護報酬）に準拠するものとします。

附 則

この重要事項説明書は、平成27年 2月 1日から施行する。  
この重要事項説明書は、平成27年 4月 1日から施行する。  
この重要事項説明書は、平成27年 6月 1日から施行する。  
この重要事項説明書は、平成27年 7月 1日から施行する。  
この重要事項説明書は、平成27年 8月 1日から施行する。  
この重要事項説明書は、平成28年 5月 1日から施行する。

成寿苑訪問介護事業所は、重要事項説明書に基づいて、訪問介護サービス内容及び重要事項の説明を行いました。

平成 年 月 日

事業者（事業所）成寿苑指定訪問介護事業所  
（所在地）秋田県大館市釈迦内字狼穴79番地  
（責任者）田崎 悟  
（管理者）佐々木 友子

（説明者） \_\_\_\_\_ 印

私は、成寿苑指定訪問介護事業所との契約締結にあたり、本書面に基づいて、貴訪問介護事業所職員（説明者 \_\_\_\_\_）から上記重要事項の説明を受け同意しました。

平成 年 月 日

お客様住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

ご家族様住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印