

介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス内容説明書

事業者が、あなたに提供するサービスは以下のとおりです。

1 提供するサービス

介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス

次のサービスのうち、() 種類のサービスを1か月に()回、別紙介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービススケジュール表に従って提供します。

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| ☐ 調理 | ☐ 移動 | ☐ 見守り |
| ☐ 洗濯 | ☐ 清拭 | ☐ その他 () |
| ☐ 掃除 | ☐ 整容 | |
| ☐ 買物 | ☐ 更衣 | |
| ☐ 薬の受取 | ☐ 服薬管理 | |

サービスの提供手順は、別紙サービス手順確認書にて確認します。

- (1) このサービスの提供に当たっては、あなたの要支援状態の軽減や悪化の防止になるよう、適切にサービスを提供します。
- (2) サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。
もし、分からないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問してください。
- (3) サービスの提供に用いる器具等については、安全、衛生に常に注意します。特に、利用者の身体に接触する器具等については、サービスの提供ごとに消毒したものを用います。

2 担当の職員

あなたの担当の訪問介護職員は以下のとおりです。

() () () ()

上記の責任者は、() です。

3 担当職員の変更

- (1) あなたは、いつでも担当の訪問介護職員の変更を申し出ることができます。その場合、訪問型サービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り変更の申し出に応じます。
- (2) 事業者は、担当の訪問介護職員が退職等正当な理由がある場合に限り、担当の訪問介護職員を変更することがあります。その場合には、事前にあなたの了解を得ます。

4 利用料

訪問型サービスの利用単位ごとの利用料及びその他の費用は、以下のとおりです。

区 分	単価	利用料	備考
訪問型サービス	1 回 円	円	
月 回以上の場合	月額 円	円	
保険適用外サービス	円	円	
介護職員等処遇改善 加算（Ⅰ）24.5%	円	円	
	自己負担額(原則として1割、所得に応じて2～3割)	円	
	保険適用外分	円	
1 か月あたりのお支払合計金額の目安		円～	円
初回加算	初回に限り 200 円		
特別地域加算 15%			

サービス別単価は

1 1 週間あたりの回数を定める場合（1 月につき） （1）標準的な内容の訪問型サービスである場合 2,870 単位 （2）生活援助が中心である場合 ア 所要時間 20 分以上 45 分未満の場合 1,790 単位 イ 所要時間 45 分以上の場合 2,200 単位 （3）短時間の身体介護が中心である場合 1,630 単位 2 1 週間あたりの標準的な回数を定める場合（1 か月につき） （1）週 1 回程度の利用 11,760 単位／月 （2）週 2 回程度の利用 23,490 単位／月 （3）週 2 回を超える程度の場合 37,270 単位／月	自己負担額は 原則として 1 割 （所得に応じて 2 割又は 3 割）
介護職員等処遇改善加算Ⅰ（24.5%） 特別地域加算（15%）	

- （1）訪問型サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の 10%（所得に応じて 20～30%）をお支払いいただきます。
- （2）訪問介護サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。
- （3）交通費は、☐ 必要ありません
☐ 実費 円/回です。

なお、買い物のご希望で自宅から 10 km 以上の場合は 1 回 300 円の実費をいただきます。

(4) 事業所は、あなたに対し、毎月 15 日までにサービスの提供日、当月の利用料等の内訳を記載した請求書を送付します。

(5) 毎月の利用料は、翌月 25 日までに支払ってください。

(お支払い方法 ☐現金 ☐預金口座自動振替)

	金融機関名	口座番号
☐	山口県農協	
☐	郵便局	
☐		

5 キャンセル料

サービスをキャンセルした場合には、以下のとおりキャンセル料をいただきます。

ご利用の 24 時間前までに、連絡いただいた場合 : 無料

ご利用の 12 時間前までに、連絡いただいた場合 : 200 円

ご利用の 12 時間前までに、連絡がなかった場合 : 500 円

※ただし、やむを得ない場合は除きます。

6 保険給付のための証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付します。

7 その他

訪問介護員は、医療行為、各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭を取り扱うことはできません。また、利用者のための家事・介護を行う業務であるため、庭の草刈りや他の家族の支援などを行うことはできません。

訪問介護サービス重要事項説明書

あなたに対する訪問型サービスの提供開始に当たり、介護保険法等関係法令に基づき、事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人長門市社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	長門市東深川 1 3 2 1 番地 1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	会長 檜垣 正男
電話番号	0 8 3 7 - 2 2 - 8 2 9 4
FAX 番号	0 8 3 7 - 2 2 - 4 3 4 0

2 事業所

事業所の名称	長門市社協ゆや訪問介護事業所
所在地	長門市油谷新別名 9 6 4 番地
指定番号	山口県 3 5 7 1 1 0 0 2 0 9
電話番号	0 8 3 7 - 3 2 - 0 9 3 2
FAX 番号	0 8 3 7 - 3 2 - 2 8 1 0

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	介護予防・日常生活支援総合事業における指定第 1 号訪問事業（訪問型サービス）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、要支援状態等にある利用者に対し、適正な訪問型サービスを提供することを目的とする。
運営の方針	利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態等の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他生活全般にわたる支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。事業の実施に当たっては、行政、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する。

4 事業所の職員体制

職種	員数	勤務の体制
管理者	1 人	常勤兼務
サービス提供責任者	3 人	常勤 3 人
訪問介護員	1 5 人以上	常勤 4 人・非常勤 1 1 人以上

5 営業時間

営業日	3 6 5 日
営業時時間	午前 6 時～午後 1 0 時まで

6 内容及び利用料その他の費用の額

別紙内容説明書のとおり

7 苦情申立窓口

相談窓口	ご利用時間（平日のみ受付） 電話番号 FAX 番号
長門市社協ゆや訪問介護事業所 管理者 藤岡 三佐子	午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 1 5 分 0837-32-0932 FAX 0837-32-2810
社会福祉法人長門市社会福祉協議会 苦情解決委員会	午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 1 5 分 0837-22-8294 FAX 0837-22-4340
長門市役所 高齢福祉課 介護支援班	午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 1 5 分 0837-23-1158 FAX 0837-22-3680
山口県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	午前 9 時～午後 5 時 083-995-1010 FAX 083-934-3665

8 緊急時の対応方法

利用者の主治医への連絡を行い、医師の指示に従います。
また緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	
地域協力者	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

9 事故発生時の対応

事業者は、事故が発生した場合には、市町村、関係機関、利用者の家族、利用者に関わる居宅介護支援事業者等に連絡をするとともに必要な措置をとり、必要な場合は市へ報告します。

10 虐待の防止について

事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	管理者 藤岡 三佐子
-------------	------------

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

- (3) 虐待防止のための指針を整備しています。

- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

- (5) サービス提供中に、従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

11 通常の事業の実施地域

長門市

12 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有 ・ <u>無</u>
実施した直近の年月日	令和 年 月 日
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	有 ・ 無

令和 年 月 日

(乙) 事業者は、甲 1 に対する介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービスの提供開始に当たり、

☐ 甲 1

☐ 甲 2

に対して、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

(乙) 事業者

所在地 長門市油谷新別名 9 6 4 番地

名 称 長門市社協ゆや訪問介護事業所

説明者

氏 名

印

(甲) 私は、重要事項説明書に基づいて、事業者からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。なお、サービス担当者会議等において必要であれば私や家族の個人情報を用いることを同意します。

(甲 1) 利用者

住 所

氏 名

印

(甲 2) 利用者の家族代表

住 所

氏 名

印