

訪 問 介 護 重 要 事 項 説 明 書

1. 訪問介護の概要

事 業 者 名	指定訪問介護事業所 白寿
所 在 地	宮崎県都城市庄内町8673番地
電 話 番 号	0986-37-0887
管 理 者 名	岩本 英久
介護保険指定番号	訪問介護 (宮崎県) 4570200453
サービスを提供する地域	都城市

2. 事業所の職員体制

	資 格	常勤	非常勤	計
管 理 者	介護支援専門員	1名	0名	1名
サービス提供責任者	介護福祉士	1名	0名	1名
訪問介護員	介護福祉士	名	0名	名
	ヘルパー2級	名	0名	名

3. 営業時間

営 業 日	日曜日から土曜日まで 365日
サービス提供時間	7:00 ~ 18:00

4. サービス内容

具体的なサービスの実施内容及び実施回数は、居宅サービス計画(ケアプラン)を踏まえた訪問介護計画により行います。

サービス区分と種類

身 体 介 助	排泄介助	移動可能な利用者には、トイレ及びポータブルトイレにて排泄介助し、ふらつきのないように見守ります。寝たきりの利用者にはおむつ交換をして、清潔を保持します。
	食事介助	摂取障害のある利用者の方には介助を行います。
	入浴介助	清潔を保つために浴槽入浴、シャワー浴を行います。体調不良時には清拭に代わることもあります。
	清 拭	体調に応じて全身清拭、手浴、足浴、洗髪などを行います。
	更衣介助	声かけ後、着替えの準備をして着衣交換を行います。
	体位交換	体調を伺いながら、良肢位を確保し安楽な姿勢を保持します。
	服薬介助	配剤された薬を飲み忘れのないように見守り、確認します。
生 活 援 助	その他	プラン上必要と計画されたもの
	掃 除	利用者の生活している居室の清掃を行います。
	洗 濯	利用者の衣類や普段使用している物について、洗濯を行います。
	その他	プラン上必要と計画されたもの

5. 利用料金

サービス利用負担額について

①介護保険サービス利用について、認定ごとに上限額があります(1ヶ月の場合)

認 定	外部サービス利用型特定施設入居者生活介護費及び外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護費に係る限度単位数
要介護1	16765単位
要介護2	19705単位
要介護3	27048単位
要介護4	30938単位
要介護5	36217単位

令和6年介護報酬改定 令和6年4月1日より

※上限額を超えた分は自己負担になります。

- * 介護保険からの給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。
- * やむを得ない事情かつ、ご契約者の同意を得て2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。
- * ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用金額の全額を一旦お支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、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)。
償還払いとなる場合は、ご契約者の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。
- * 介護保険からの給付額に変更があった場合は 変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

6. 当訪問介護サービスの特徴

(1) 運営の方針

- ①当訪問サービス事業者は、利用者の要介護等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のに必要なサービスの援助活動を行います。
- ②事業所の実施にあたっては、関係市町村・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。

(2) サービスの利用に当たっての留意事項

①サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時間に、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当たっては、複数の訪問介護員が交替でサービスを提供します。

②訪問介護員の交替

・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。

・事業者からの訪問介護員の交替

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、契約者及びその家族等に対してサービス利用上不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

③定められた業務以外の禁止

契約者は、「当事業所が提供するサービス」で定められたサービス以外の業務を事業者には依頼することはできません。

④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、但し事業者は、訪問介護サービスの実施にあたって契約者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

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

(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)その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

7. 緊急時の対応

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊家族又は親族等へ連絡をいたします。家族の意向を踏まえながら適切な救急処置を行います。

(1)容態の急変時

容態の急変時においては、囑託医や協力病院との連携のもと、御家族の意向を踏まえて適切な救急措置を行います。

(2)事故発生時の対応

転倒やその他不測の事故により骨折・傷病等が発生した場合、相談医との連携のもと御家族のを踏まえて適切な救急処置を行います。

(3)地震・火災その他の災害

地震防災対応急計画に則り、入居者の生命安全保障のために適切な応急活動を行います。災害時には通信手段が分断される場合があります、災害時の連絡先電話番号(39-0758)にご留意ください。

(4)関係機関・家族への連絡

上記の緊急事態や事故が発生した場合は、速やかに当該家族へ連絡するとともに、詳細を記した文書にて関係市町村へ報告いたします。

併せて介護事故に関して予防策を講じ、再発防止に努めます。

8. サービス内容に関する苦情の受付について

① 当事業所における「苦情」や「相談」は下記で受け付けます。

窓口(担当者)	サービス提供責任者 竹野新一郎 (不在の場合は、他の相談員もしくは事務所職員または玄関に設置の「ご意見箱」をご利用下さい。)
受付時間	8:30 ~ 17:30(月曜日～日曜日)
対応の概要	① 苦情受付担当者が内容を確認 ② 職員会議等にて改善に向けての協議 ③ 内容によっては、保険者・国保連への報告 ④ 改善結果を申し出者に報告し、実績を原則、公表する。

第三者委員の活動 (利用者相談員)	苦情等の解決案の調整や助言を行います。
----------------------	---------------------

② 行政機関の苦情受付

都城市	介護保険課	0986-23-2114
宮崎県	国民健康保険団体連合会	0985-35-5111

9. 宮崎県福祉サービス第三者評価制度

第三者評価実施の有無	有	(無)
------------	---	-----

10. 個人情報の保護

サービス担当者会議において、問題点や解決すべき課題等のご利用者・家族の個人情報を、出席した職員で共有するために使用致しますので、あらかじめご了承下さい。 又、個人情報取扱い事業者として、個人情報の重要性を認識し、その適切な保護のために、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報保護に関する法令その他の関係法令及び厚生省のガイドラインを遵守し、利用者の個人情報の保護を図ることを宣言いたします。

11. 損害保険の加入及び内容

当事業所は訪問介護利用にともなって、当事業所の責に帰すべき事由により、利用者にした損害について賠償いたします。但し利用者にも故意、又は重大な過失が認められる場合には当事業所の損害賠償責任を減じることもあります。

12. 法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 常陽社会福祉事業団
 代表者職名・氏名 理事長 馬渡久統
 本部所在地・電話番号 都城市南横市町4000番地 電話 23-1551

定款の目的に定めた事業

(1) 第一種社会福祉事業

- イ 養護老人ホーム清風園の経営
- ロ 養護老人ホーム望峰園の経営
- ハ 特別養護老人ホーム白寿園の経営

(1) 第二種社会福祉事業

- イ 庄内デイサービスセンターの経営
- ロ 老人短期入所施設白寿園の経営
- ハ 訪問介護事業
- ニ 居宅介護支援事業所 ゆう
- ホ 小規模多機能型居宅介護創生館

施設・拠点等

養護老人ホーム	2カ所
特別養護老人ホーム	1カ所
短期入所生活介護	1カ所
通所介護	1カ所
居宅支援事業所	1カ所
小規模多機能型居宅介護	1カ所
地域包括支援センター	1カ所

同意書

訪問介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。また、当事業所が知りえた個人情報につきましては、目的外の使用は致しません。

令和 年 月 日

事業者

所在地 都城市庄内町8673番地
名称 社会福祉法人 常陽社会福祉事業団
指定訪問介護事業所 白寿
管理者 岩本 英久

説明者

所属
氏名

サービス提供責任者
竹野新一郎

私は、契約書および本書面により、事業者から訪問介護についての重要事項の説明を受けました。
なお、私及び家族について個人情報を用いることに同意します。

利用者

住所
氏名 印

(代理人)

住所
氏名 印

