

指定訪問介護事業所重要事項説明書

指定第 1 号訪問事業（訪問型サービス相当）

指定第 1 号訪問事業（訪問型サービス A 型）

〈令和 年 月 日現在〉

当事業所が提供するサービスについての相談窓口	
電話	0 2 6 1 - 2 1 - 3 7 1 5
受付時間：月曜日～金曜日 午前 8：30～午後 5：30 まで	
担当	山田 梅子（管理者兼所長）

1 大町市指定訪問介護事業所の概要

（1）事業所の名称、所在地等

事業所名	大町市社会福祉協議会 指定訪問介護事業所
所在地	大町市大町 1 1 2 9 番地 （大町市総合福祉センター内）
介護保険事業所番号	2 0 7 1 2 0 0 0 6 3
通常の事業の実施地域	大町市及び、池田町、松川村、白馬村内

（2）職員体制

区分	資格	職員数
管理者		1 名
サービス提供責任者	介護福祉士	3 名以上
訪問介護員	介護職員初任者研修修了 （旧ヘルパー 2 級）	1 0 名以上

（3）営業日および営業時間

○営業日 月曜日から日曜日とする。

○営業時間 午前 0 時 0 0 分から 2 4 時間

2 サービス内容

A 身体介護

入浴介助、排泄介助、食事介助、更衣介助、服薬介助等の援助を行います。

B 生活援助

調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受け取り等の援助を行います。

＊上記のサービスは例えば利用者が行う調理を訪問介護員が見守りながら一緒に行うなど、利用者がその有する能力を最大限活用することができる様な方法によって行います。

☆サービスの実施頻度は、介護予防サービス支援計画（ケアプラン）において、以下の支給区分が位置づけられ、1週間あたりのサービス提供頻度が示されます。これを踏まえ、介護予防サービス計画において具体的な実施日、1回あたりの時間数や実施内容等を定めます。

支給区分	1週間あたりのサービス提供回数
I	おおむね1回
II	おおむね2回
III	おおむね3回以上

☆利用者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日、時間等は、介護予防サービス支援計画（ケアプラン）がある場合には、それを踏まえた介護予防サービス計画に定められます。

ただし、利用者の状態の変化、介護予防サービスに位置付けられた目標の達成度等をふまえ、必要に応じて変更することがあります。

☆ご利用者の状態の変化等により、サービス提供量が、介護予防サービス計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防サービス支援事業者と調整の上、支給区分変更、介護予防サービス計画の変更又は要介護認定区分の変更、要介護認定の申請の援助等必要な支援を行います。

① 身体介護

○入浴介助

・・・入浴の介助又は、入浴が困難な方は体を拭く（清拭）などします。

○排せつ介助

・・・排せつの介助、おむつ交換を行います。

○食事介助

・・・食事の介助を行います。

○通院介助

・・・通院の介助を行います。

② 生活援助

☆訪問型サービスは、自立支援の観点から、利用者ができる限り自ら家事等を行うことができるように支援することを目的としています。

☆そのため、下記のサービスは、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によって訪問介護員が見守りながら一緒に行います。

- 調理
 - ・・利用者の食事の用意を行います。（家族分の調理は行いません。）
- 洗濯
 - ・・利用者の衣類等の洗濯を行います。（家族分の洗濯は行いません。）
- 掃除
 - ・・利用者の居室の掃除を行います。（利用者の使用されない部屋、庭等敷地の掃除は行いません。）
- 買い物
 - ・・利用者の日常生活に必要な物品の買い物をを行います。（家族の買い物、預貯金の引き出しや預け入れは行いません。）

3 サービス利用料金

- ☆ 介護保険からの給付サービスご利用の場合、「介護保険負担割合証」の負担割合によりご負担いただきます。「介護保険被保険者証」ならびに「介護保険負担割合証」をご提示下さい。
- ☆ 利用料金は1ヶ月ごとの定額制です。介護予防サービス計画において位置付けられた支給区分によって次のとおりとなります。
- ☆ 利用者の体調不良や状態の改善等により介護予防訪問介護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での割引又は増額はしません。

指定第1号訪問事業（訪問型サービス相当）（1割負担の場合）

支給区分	I おおむね週1回	II おおむね週2回	III おおむね週3回以上
1. 利用料金	1,176円	2,349円	3,727円
2. 初回加算 新規に訪問介護を実施した時	200円	200円	200円

* 上記利用料金に対し介護職員処遇改善加算Ⅲとして 18.2%の料金をお支払いいただきます。（訪問型サービス相当のみ）

指定第1号訪問事業（訪問型サービスA型）（1割負担の場合）

支給区分	I おおむね週1回	II おおむね週2回	III おおむね週3回以上
1. 利用料金	1,085円	2,113円	3,370円
2. 初回加算 新規に訪問介護を実施した時	200円	200円	200円

☆ 月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始し、終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

① 月途中で要介護から事業対象者となられた場合。

② 月途中で事業対象者から要介護に変更となった場合。

③ 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合。

☆ 月途中で要介護認定区分が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

☆ 介護保険からの給付サービスご利用の場合、「介護保険負担割合証」の負担割合によりご負担いただきます。

4 介護保険の給付対象とならないサービス

＊ 以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

(1) 介護保険給付の支給限度額を超える介護予防・日常生活支援総合事業サービスの利用
介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額が利用者の負担となります。

(2) 交通費

1、(1) 表の通常の事業実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域の方は、サービス従業者が訪問するための交通費の実費が必要です。

(3) キャンセル

キャンセルが必要となった場合は、至急、下記までご連絡ください。

連絡先 TEL 0261-21-3715 受付時間；午前8：30～午後5：30

5 料金のお支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、22日までに（現金・口座振替）でお支払ください。

お支払いいただきますと、領収書を発行します。

※お支払方法は、口座自動引き落としを、原則とさせていただきます。

○ご利用できる金融機関

口座自動引き落としは、どちらの金融機関でもご利用いただけます。

6 利用の中止、変更、追加

○ 利用予定日の前に利用者の都合により、サービス利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この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。

○ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問介護員の移動状況により利用者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

7 サービスの利用に関する留意事項

(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 利用者からの交替の申し出

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する理由をあきらかに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、利用者からの特定の訪問介護員の指名はできません。

② 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利用者及びその家族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 備品等の使用

サービス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。

(3) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員はサービス提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- | |
|-------------------------------------|
| ① 医療行為 |
| ② 利用者もしくはその家族からの金銭又は高価な物品の授受。 |
| ③ 利用者の家族に対するサービスの提供。 |
| ④ 飲酒及び利用者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙。 |
| ⑤ 利用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。 |
| ⑥ その他利用者もしくはその家族に行う迷惑行為。 |

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、家族との事前の打ち合わせにより、速やかに主治医、協力医療機関と連絡を取り、医師の指示に従います。また、速やかに家族へ連絡します。

協力医療機関	市立大町総合病院	大町市大町3130番地 0261-22-0415
家族	お名前	
	連絡先	
主治医		

9 サービス内容に関する相談・苦情

① 当事業所に対する苦情・ご相談は以下の窓口で受け付けています。

電 話 0 2 6 1 - 2 1 - 3 7 1 5 担当 山田 梅子
受付時間 月曜日 ~ 金曜日 午前 8 : 3 0 ~ 午後 5 : 3 0 まで

② 行政機関その他苦情受付機関

大町市役所 福祉課 高齢者・包括支援係	長野県大町市大町3887番地 0261-22-0420 (代)
北アルプス広域連合	長野県大町市大町1058-33番地 0261-22-7196 (代)
長野県国民健康保険団体連合会	長野市西長野加茂北143-8番地 長野県自治会館内 026-238-1580 (代)