

訪問介護事業所 ユーシャイン

重要事項説明書

社会福祉法人 優輝福祉会

訪問介護事業所 ユーシャイン 重要事項説明書

あなたに対する生活援助訪問サービス事業の提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当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	訪問介護事業所
主たる事務所の所在地	広島県三次市吉舎町吉舎606番地
法人種別(法人名)	社会福祉法人 優輝福祉会
代表者	理事長 森重 利夫
電話番号	0824-43-3121
介護保険法令に基づき広島県知事から指定を受けている事業所名称(指定番号)	訪問介護事業所 ユーシャイン (広島県3474700121号)
各事業所につき介護保険法令に基づき庄原市長から指定を受けている生活支援サービスの種類	生活援助訪問サービス

2. ご利用事業所

ご利用事業者の名称	訪問介護事業所 ユーシャイン
指定番号	広島県3474700121号
所在地	広島県庄原市総領町中領家476番地
電話番号	0824-88-3000
管理者	伊藤 昌代

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	居宅要支援者の居宅において生活援助を行うサービス提供をする事を目的とする。
運営の方針	指定生活援助訪問サービスの事業は、その利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、生活援助等の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、もって生活機能の維持又は向上を目指すものとする。

4. ご利用事業所の職員体制

令和6年4月1日現在

ご利用事業所の従業者の職種	員数	勤務の体制
管理者	1人	常勤専従
訪問事業責任者	2人	常勤兼務2名(訪問介護員兼務)
訪問介護員	20人	常勤兼務2名・非常勤専従18名

5. 営業時間及びサービス提供地域

営業日	日曜日 ~ 土曜日
営業時間	午前7時00分～午後8時00分（希望に応じて）
サービス提供地域	庄原市

6. 苦情解決の体制

(1)当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設ご利用相談室までお気軽にご相談ください。また、ご意見箱(玄関に設置)での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善をさせていただきます。

■苦情・虐待受付

窓口担当者 サービス提供責任者 塚原 幸子
 電話番号 (0824)－88－3000
 FAX番号 (0824)－88－3030

公的機関においても、次の機関に苦情及び虐待の申し出等ができます。

<p>市町村介護保険相談窓口</p> <p>① 庄原市総領支所 地域振興室 市民生活係</p> <p>② 庄原市高齢者福祉課 介護保険係</p>	<p>所在地 庄原市総領町下領家280-1 電話番号 (0824)-88-3110 FAX番号 (0824)-88-2978 対応時間 8時30分～17時15分</p> <p>所在地 庄原市中本町一丁目10-1 電話番号 (0824)-73-1167 FAX番号 (0824)-75-0245 対応時間 8時30分～17時15分</p>
<p>広島県国民健康保険 団体連合会(国保連) 介護保険課</p>	<p>所在地 広島市中区東白島町19番49号 国保会館 電話番号 (082)-554-0783 FAX番号 (082)-511-9126 対応時間 8時30分～17時15分</p>

(2)処理体制及び手順

1. 苦情があった場合は、直ちに利用者側と連絡を取り、直接利用者宅に訪問するなどして、事情を聞き、苦情の内容を確認します。
2. 担当者は苦情内容を正確に管理者に報告します。
3. 管理者は、担当者及び他の従業員を加え苦情処理に向けた検討を行い、その結果を基に具体的な対応を指示します。
4. 管理者は、利用者によく話し合い苦情解決に努め、今後の再発防止に向け、必要な措置を講じます。
5. 苦情処理の経過及び結果について台帳に記録し、再発防止に役立てます。

(3)その他参考事項

1. 管理者は、利用者からの苦情に対し、必要があるときには市町村に連絡をします。
2. 管理者は、利用者からの苦情に関して国民健康保険団体連合会が行なう調査に協力し、また、国民健康保険団体連合会からの指導、助言に従って必要な改善を行います。
3. 普段から利用者からの苦情が出ないようサービス提供を心がけます。

7.秘密保持

業務上知り得た利用者及び家族の秘密は厳密に保持します。

8. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、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	

9. 事故発生時の対応

万一、事故が発生した場合は、家族、居宅介護支援事業者、市町村に連絡を行う等必要な措置を講じるとともに、速やかに損害賠償を行います。

10. サービスの概要

当事業者が、あなたに提供するサービスは以下の通りです。

*生活援助訪問サービスが提供するサービス

<input type="checkbox"/> ①調理
<input type="checkbox"/> ②洗濯
<input type="checkbox"/> ③掃除
<input type="checkbox"/> ④買物
<input type="checkbox"/> ⑤薬の受取
<input type="checkbox"/> ⑥衣服の入替

- ① このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、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設備、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設備、器具については、サービスの提供ごとに消毒したものを用います。

***担当の職員**

あなたの担当の訪問介護職員は、以下の通りです。	
()
()
()
()
上記の責任者は(塚原 幸子)です。	

職員は、常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでも、その提示をお求めください。

***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、生活援助訪問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 当事業者は、担当の訪問介護職員が退職する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

***利用料(1か月あたり)**

	自己負担額(1割)	自己負担額(2割)	自己負担額(3割)
<input type="checkbox"/> 生活援助訪問サービス費(Ⅰ) 要支援 1・2 週 1 回程度	941単位	1,882単位	2,823単位
<input type="checkbox"/> 生活援助訪問サービス費(Ⅱ) 要支援 1・2 週 2 回程度	1,880単位	3,760単位	5,640単位
<input type="checkbox"/> 生活援助訪問サービス費(Ⅲ) 要支援2 週2回以上	2,982単位	5,964単位	8,946単位
<input type="checkbox"/> 初回加算 1回につき(月あたり)	200単位	400単位	600単位
*地域単価 1単位あたり、10円(その他)			
*加算要素 <input type="checkbox"/> 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位数の22.4%			
*減算要素 <input type="checkbox"/> 同一敷地内・同一建物減算 所定単位数の90.0%			

交通費は、必要ありません。(サービス地域 庄原市)

- ① 生活援助訪問サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の1割をお支払いいただきます。
但し、介護保険法令に基づいて、保険給付を償還払い(いったんあなたが利用料の全額を支払い、その後市町村から9割分の払い戻しを受ける方法)の方の方法をご希望の場合は、お申し出ください。
- ② 提供を受ける生活援助訪問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。
当事業者は、あなたに対し、毎月30日までに、サービスの提供日、計画書を送付します。
- ③ 毎月の利用料は、翌月20日までに自動引き落としの方法でお支払いください。
(他のお支払い方法をご希望の方は、お申し出ください)。

***保険給付の請求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ので、お申し出ください。

11. サービスの利用にあたっての留意事項

(1) 訪問介護職員は

- ・医療行為を行うことができません。
- ・各種支払や年金等の管理、金銭の貸借など、金銭を取扱うことはできません。
- ・利用者のための家事・介護を行う業務なので、庭の草刈りや他の家族の食事の用意などを行うことはできません。

(2) 禁止行為

次に掲げる行為は、適切にサービスを提供する妨げとなりますので、禁止行為とさせていただきます。

だきます。

- ・職員に対する身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)
- ・職員に対する精神的暴力(人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為)
- ・職員に対するセクシャルハラスメント(性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為)

令和 年 月 日

当事業者(乙)は、利用者に対する生活援助訪問サービスの提供開始に当たり、利用者、利用者の家族に対して、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)居宅サービス事業者

事業者名 社会福祉法人 優輝福祉会
事業者住所 広島県三次市吉舎町吉舎606番地
事業所名 訪問介護事業所 ユーシャイン
代表者氏名 理事長 森重 利夫 印

説明者 所属 訪問介護事業所 ユーシャイン

氏名 印

私(甲)は、重要事項説明書に基づいて、生活援助訪問サービス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。

(甲1)利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

(甲2)利用者の家族 住所 _____

氏名 _____ 印

(続柄:)