

重要事項説明書

重要事項説明書

1. 事業者の概要

事業者名称	社会福祉法人 一陽会		
所在地	長野県飯田市北方 3369 番地 1		
電話番号	0265-48-0115	FAX 番号	0265-25-8550
代表者	理事長 熊谷 嘉隆	開所年月日	2003 年 2 月 6 日
他に営む事業	通所介護・居宅介護支援・小規模多機能型居宅介護 介護老人福祉施設・短期入所生活介護・地域密着型介護老人福祉施設 サービス付き高齢者向け住宅・幼保連携型認定こども園		

2. 事業所の概要

事業内容	訪問介護		
事業所名	北方の虹	指定番号	2070501511 号 (長野県)
所在地	長野県飯田市北方 2210 番地 1		
電話番号	0265-48-0117	FAX 番号	0265-25-0212
管理者	代田 ゆり		
開所年月日	2009 年 5 月 16 日		

3. 事業の目的

事業の目的	要介護状態にある高齢者対し、適正な指定訪問介護を提供すること。
運営方針	要介護者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ことができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。 事業の実施に当たっては、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、総合的なサービス提供に努める。

4. 営業時間

営業日	日曜日～土曜日
営業時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分まで

5. サービスを提供する地域

地域	飯田市 (但し、旧上村・旧南信濃村を除く)
----	-----------------------

6. 職員体制

	資格	常勤	非常勤
管理者	介護福祉士	1 名	0 名
サービス提供責任者	介護福祉士	1 名以上	0 名
サービス従事者	介護福祉士／介護職員初任者研修修了	2 名以上	0 名

7. サービス内容

身体介護	①食事介助 ②入浴介助 ③排泄介助 ④清拭 ⑤体位交換 等
生活援助	①買い物 ②調理 ③掃除 ④洗濯 等
その他サービス	① 介護相談 等

8. 利用料金

(1) 訪問介護（要介護の方）

○ 訪問介護費

身体介護	サービス利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
20分未満	1,630円	163円	326円	489円
20分以上30分未満	2,440円	244円	488円	732円
30分以上1時間未満	3,870円	387円	774円	1,161円
1時間以上	5,670円	567円	1,134円	1,701円
以降 30分増すごとに	+820円	+82円	+164円	+246円

生活援助	サービス利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
20分以上45分未満	1,790円	179円	358円	537円
45分以上	2,200円	220円	440円	660円

(2) 加算

○ 初回加算

	サービス利用料金	1割負担	2割負担	3割負担
初回加算	2,000円	200円	400円	600円

【算定要件】

・新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、サービス提供責任者が、初回もしくは初回訪問に属する月に自ら訪問介護を行った場合又は同行し行った場合。（過去2か月間利用がなく、再利用された場合。）

○ 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）

待遇改善・ベースアップ等による介護職員の安定的な確保と、資質向上を図るためキャリアパス推進等を実施していることで算定（加算を含む介護サービス費の22.4%）

(3) 減算

○ 同一建物減算

事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者に対して、サービスを行った場合、所定の単位数から10%減算しますが、判定期間にサービスを提供した利用者のうち、同一建物等に居住する利用者の占める割合が90%以上の場合は、所定単位数から12%減算になります。減算適用期間と判定期間は次の表のとおり。

減算適用期間	判定期間
4月1日～9月30日	前年9月1日～2月末日
10月1日～翌年3月31日	3月1日～8月31日

(4) 割増料金

○ 通常時間外の提供

時間帯	割増率
夜 間 (午後 6:00 ~ 午後 10:00)	25%割増
早 朝 (午前 6:00 ~ 午前 8:00)	25%割増
深 夜 (午後 10:00 ~ 午前 6:00)	50%割増

○ 2人の訪問介護員等による場合

【算定要件】

・利用者の身体的理由により一人の訪問介護員等による介護が困難と認められる場合、または暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損等が認められる場合、或いは準ずると認められる場合は、利用者又は家族等の同意を得て、同時に2名の訪問介護員等がサービスに従事した時は、所定単位数の2倍に相当する単位数を算定します。

(5) 交通費

サービスを提供する地域以外にお住いの方は、サービス従事者が訪問するための交通費は、実施地域を越えた所から1kmあたり30円の実費が必要となります。

(6) キャンセル料

キャンセル期限までに申し出がなく、キャンセル期限以降に利用の中止を申し出された場合には、以下の表に基づくキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の体調不良等やむを得ない理由がある場合にはキャンセル料は発生しません。

キャンセルの連絡時間	負担率
利用予定時間の24時間前まで	無料
利用予定時間の12時間前まで	利用料の50%
利用予定時間の12時間以後	利用料の満額

(7) その他

ご利用者がいまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から返戻されま（償還払い）。また居宅サービス計画（ケアプラン）が作成されていない場合も同様の取り扱いとなります。償還払いでは、ご利用者の保険給付の申請に際し「サービス提供証明書」が必要となりますので、事業所に交付請求を行ってください。

介護報酬の改正等により介護保険からの給付額に変更があった時は、変更された額に応じて、ご利用者の自己負担額も変更となります。

9. 介護保険給付の対象とならないサービスの利用について

介護保険給付の支給限度額を越える訪問介護サービスの利用については、利用料金の全額が利用者のご負担となります。

10. 利用料金の支払方法について

サービス利用にかかる料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、月末までに以下のいずれかの方法にてお支払いください。

①自動口座引き落とし

ご利用の際は、別途手続きが必要となります。

- (a) 八十二銀行からの自動口座引き落とし
- (b) 飯田信用金庫からの自動口座引き落とし

※引き落としに係る手数料は当事業所の負担となります。

②指定口座への振り込み

お振込みは下記の指定口座となります。

- (a) 八十二銀行 伊賀良支店 (普通) 239187 社会福祉法人 一陽会
- (b) 飯田信用金庫 伊賀良支店 (普通) 4928004 社会福祉法人 一陽会

※振り込みに係る手数料はお振込み者の負担となります。

③現金による支払い

やむを得ない場合を除き、上記①・②の方法による支払いをお願いします。現金でお支払いの場合は事業所まで現金をお持ちください。

1 1. 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ご利用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。

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等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) サービス実施時の留意事項

①訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、利用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。

ア.医療行為

イ.利用者もしくは家族等からの金銭又は高価な物品の授受

ウ.利用者の家族等に対する訪問介護サービスの提供

エ.飲酒及び利用者もしくは家族等の同意なしに行う喫煙

オ.利用者もしくは家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

カ.その他、利用者もしくは家族等に対する迷惑行為

②備品等の使用

訪問介護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。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

③定められた業務以外の禁止

利用者は、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利用者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

⑤サービスの内容の変更

サービス利用当日に、利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

(4) 事故発生時の対応

利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、当該利用者の家族、市町村、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行う。

1 2. 第三者評価の実施状況

当施設では第三者評価は実施しておりません

1 3. 苦情・相談受付

当事業所に対する苦情・相談に対する専用窓口	
担当者	代田 ゆり
電話番号	0265-48-0117
受付時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
定休日等	担当者が不在等の場合は、職員が応対し担当者へ伝えます。

1 4. 苦情解決の方法

(1) 苦情の受付

苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。なお第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

(2) 苦情受付の報告・確認

苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申出人が第三者委員への報告を拒否した場合を除く）に報告いたします。第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して、報告を受けた旨を通知します。

(3) 苦情解決のための話し合い

苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決につとめます。その際、苦情申出人は、第三者委員の助言や立会いを求めることができます。なお第三者委員の立会いによる話し合いは、次により行います。

- ①第三者による苦情内容の確認
- ②第三者委員による解決案の調整、助言
- ③話し合いの結果や改善事項等の確認

(4) 行政機関その他苦情受付

その他苦情受付機関として、社会福祉法第 83 条により、介護事業者に対する苦情受付のため

の第三者機関が設置されています。

飯田市役所 長寿支援課			
所在地	飯田市大久保町 2534 番地		
電話番号	0265-22-4511	FAX 番号	0265-22-4544
受付時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 00 分		
長野県国民健康保険団体連合会			
所在地	長野市西長野町 143 番地 8 長野県自治会館内		
電話番号	026-238-1555	FAX 番号	026-238-1581
受付時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 00 分		

15. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者に病状の急変等が生じた場合、その他必要な場合は速やかに主治医や家族への連絡等の必要な措置を講じるものとします。

当事業所における個人情報の利用目的

北方の虹では、個人情報を下記の目的で利用し、法人で定める「個人情報保護方針」に基づき取り扱っております。個人情報の取扱いについてお気づきの点がありましたら、窓口まで気軽にお申し出下さい。

【介護の提供に必要な利用目的】

- (1) 利用者への日常の介護、健康管理等のサービス提供
 - ①利用者へのサービス等の提供に際して、家族等への状況の説明を行うこと。
 - ②利用者に係る事業所等の管理運営業務（サービス提供に係る各種の連絡報告、サービス利用状況の管理把握、会計経理業務、事故等の報告、当法人のサービス向上施策の検討、など）
- (2) 介護保険事務
 - ①各種請求業務 [利用料の会計・請求（審査支払機関への介護給付費請求書等の提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答を含む）]
 - ②各種の統計調査（例：利用者の平均年齢、平均要介護度等の算出）
 - ③当法人の営む介護事業、およびそれらに付帯する事業に関する資料の送付等の案内
- (3) 利用者へのサービス等の提供のために行う他のサービス事業者等との連携
 - ①当該利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者、居宅介護支援事業所、主治医等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
- (4) その他
 - ①法律等で求められる報告・提出書類に使用すること
 - ②利用者へのサービス提供等のため、他の専門機関、外部の専門家等との連携、意見・助言を求め、また当該機関等からの照会に回答すること
 - ③損害補償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等
 - ④当法人において行われる学生の実習への協力

情報の開示について

個人情報の開示について、本人・家族の求めに応じてサービス提供の記録等を開示します。情報開示の申し出は、個人情報問い合わせ窓口までご相談ください。

当事業所の個人情報保護に関するお問い合わせは以下にお願い致します。

個人情報問い合わせ窓口：担当 管理者 代田 電話 (0265) 48-0117

重要事項説明書・個人情報に関する同意書

指定訪問介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項並びに個人情報の利用目的、情報の開示の説明を行いました。

年 月 日

社会福祉法人 一陽会
北方の虹

管理者 代田 ゆり 印

説明者 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から北方の虹の重要事項の説明を受けました。また、同時に私と私の家族等の個人情報を、訪問介護計画作成及び、これに関連している場合、その個人情報を用いることに同意します。

契 約 者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

署名代行者（契約者ご本人が署名捺印を行わない場合は、必ずご記入ください）

住 所 _____

氏 名 _____ 印 続柄（_____）

署名代行理由（契約者ご本人が署名捺印を行わない場合は、その理由を必ずご記入ください）

理 由 _____

契約者の家族

住 所 _____

氏 名 _____ 印 続柄（_____）