

介護予防訪問介護相当サービス 重要事項説明書

あなたに対する施設サービス提供開始にあたり、厚生労働省令第 39 号第 4 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業所の名称	社会福祉法人 長野市社会事業協会
法人所在地	長野県長野市若里 6 丁目 6 番 1 4 号
法人種別	社会福祉法人
理事長名	中澤 和彦
電話番号	0 2 6 - 2 1 7 - 7 8 0 0

2 ご利用施設

施設の名称	尚和寮（介護予防訪問介護相当サービス）
施設の所在地	長野県長野市松代町東条 94 番地 1
施設長名	野沢 小百合
電話番号	0 2 6 - 2 7 8 - 2 6 0 0
ファクシミリ番号	0 2 6 - 2 1 5 - 6 0 3 3

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		長野県知事の事業者指定		利用定数
		指定年月日	指定番号	
施設	指定介護老人福祉施設	平成 15 年 2 月 1 日	長野県 2070101551 号	3 0 名
居宅	短期入所生活介護	平成 15 年 2 月 1 日	長野県 2070101551 号	8 名
	介護予防短期入所生活介護	平成 18 年 4 月 1 日	長野県 2070101551 号	
	外部サービス利用型特定施設入居者生活介護	平成 18 年 11 月 1 日	長野県 2070101551 号	5 0 名
	外部サービス利用型介護予防特定施設入居者生活介護	平成 18 年 11 月 1 日	長野県 2070101551 号	
	訪問介護	平成 18 年 11 月 1 日	長野県 2070101551 号	
	介護予防訪問介護相当サービス	平成 18 年 11 月 1 日	長野県 2070101551 号	
居宅介護支援事業		平成 21 年 4 月 1 日	長野県 2070103946 号	

4 事業の目的と運営方針

事業の目的	利用者の心身の状態、希望に添ったサービスを提供し、自立した日常生活が送れることができるよう、支援します。
施設の運営方針	利用者の人格を尊重し、自立を援助します 利用者が安心して、生きがいのある生活ができるよう努めます。 地域や家族との連携を大切に、総合的なサービスの提供に努めます。

5 通常の事業の実施地域
長野市松代町東条地域

6 営業日及び営業時間

- (1) 営業日 月曜日から日曜日
(2) 営業時間 午前8時30分から午後5時15分（ただし、電話等により24時間連絡が可能な体制とする。）

7 職員体制

職 種	員数	常 勤		非常勤		説明（資格等）
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			介護福祉士
サービス提供責任者	2	1	1			介護福祉士
訪問介護員	10		9		1	介護福祉士等

8 職員の勤務体制

職 種	勤 務 時 間		休 暇
管理者	日 勤	8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5	4 週 8 休
サービス提供責任者	日 勤	8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5	原則として4 週 8 休
訪問介護員	日 勤	8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5	原則として4 週 8 休
	遅 番	1 0 : 0 0 ~ 1 8 : 4 5	
	夜 勤	1 6 : 0 0 ~ 1 0 : 0 0	
	早 番	7 : 1 5 ~ 1 6 : 0 0	

9 介護予防訪問介護相当サービスの概要

種 類	内 容
身体介護	- 排泄介助は、トイレ又はポータブルトイレを利用しおむつ交換及び誘導見守り等は、適切な方法により行う。 - 食事介助は、利用者の心身の状況に応じ、清潔保持、誤飲兆候の観察、嚥下困難者の介助、見守り、摂食介助、服薬介助等を適切な方法により行う。 - 清拭・入浴、身体整容は、利用者の心身の状況に応じ、全身清拭、入浴、洗面、身体整容、更衣介助等を適切な方法により行う。 - 体位変換、移動・移乗介助、通院・外出介助は適切な技術及び方法により行う。 - 起床及び就寝介助は、日常生活の日課に沿って、声かけ、移動、気分の確認等により行う。 - 服薬介助は、薬の準備、服薬援助、確認等により行う。 - 自立生活支援のための見守りの援助は、移動時転倒しないように側について歩く等、日常生活上において声かけ、見守り支援等により行う。
生活援助	健康チェック及び環境整備は、利用者の安否確認、顔色等のチェック及び室内の換気等により行う。

	・ 掃除は、衛生を保持するため居室内の掃除を行う。 ・ 洗濯は、清潔保持のため衣類、寝具等の洗濯を行う。 ・ ベッドメイクは、シーツ及び布団カバー等の交換を行う。 ・ 衣類の整理・被服の補修は四季に応じた衣類の入れ替え及びボタン付け等により行う。 ・ 一般的な調理、配下膳は、配膳、後片付け及び調理の支援により行う。 ・ 買い物・薬の受け取りは日常品等の買い物及び薬の受け取りについて行う。
--	--

10 利用料

(1) 介護予防訪問介護相当サービス ※外部利用者の場合

項 目	1 ヶ月
週 1 回程度の利用	1, 192 円
週 2 回程度の利用	2, 381 円
週 2 回以上の利用 (要支援 2 のみ)	3, 779 円

※ 契約期間が 1 ヶ月未満の場合は、日割り計算になります。

※ 委託居宅サービス費（指定特定施設入居者生活介護尚和寮委託契約者の場合）

項 目	1 ヶ月
週 1 回程度の利用	1, 046 円
週 2 回程度の利用	2, 094 円
週 2 回以上の利用 (要支援 2 のみ)	3, 322 円

※ 契約期間が 1 ヶ月未満の場合は、日割り計算になります。

(2) 初回加算

200 単位／月（新規に訪問型個別サービス計画を作成した利用者に対して、初回に実施した第 1 号訪問事業サービスと同月内に、サービス提供責任者が、自ら第 1 号訪問事業サービスを行う場合又は他の訪問介護員が第 1 号訪問事業サービスを行う際に同行訪問した場合に算定します。）

(3) 介護職員等処遇改善加算（介護職員の賃金改善等を実施するための加算です。）

I…14%、II…13.6%、III…11.3%、IV…9.0%のいずれかを合計単位数に算定します。

(4) 利用料の支払い方法

利用料の支払いは、翌月 15 日までに月単位で請求します。（納付振込・現金）により、当月の料金の合計額を翌月末日までにお支払いいただけますようお願いいたします。

(5) 領収書の発行

事業者は利用者から支払いを受けたときは、利用者に対し領収書を発行します。

1 1 苦情等申立先

当施設相談室	苦情解決責任者	施設長	野沢 小百合
	苦情受付担当者	管理者	小林 紀一
	ご利用時間	毎日午前 9 時から午後 5 時	
	第三者委員	(主)	西澤 茂 026-278-2372
		(副)	今井 一弘 026-282-2480
	行政機関		

- ・長野県福祉サービス運営適正化委員会 (0120-28-7109)
- ・長野県国民健康保険団体連合会 (026-238-1580)
- ・各市町村介護保険課

1 2 情報の開示

サービスの提供記録	この契約終了後 5 年間保管します。
サービスの提供記録の閲覧	平日の毎日午前 9 時から午後 5 時までとします。
サービスの提供記録の複写物の交付	複写物をご希望の際は、事務所まで申し出下さい。
第三者評価の実施状況	実施の有無 ☒ 有 ☐ 無 実施 H3 1 年 2 月 1 2 日実施 評価機関 (株) マスネットワーク 結果の公表 ☒ あり 福祉医療機構ホームページ

1 3 利用の際の留意事項

(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してサービスを提供します。

(2) 訪問介護員の交替

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、その理由を明らかにして事業者に対して申し出ることができます。ただし、契約者から特定の訪問介護員の指名はできません。また、事業者の都合により訪問介護員を交替することもあります。契約者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します。

(3) サービス内容の変更

サービス利用当日に、契約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、事業者は変更後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) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、サービスの提供に当たって、次に該当する行為は行いません。

ア 医療行為

イ 契約者もしくはその家族等からの金銭又は高価な物品の授受

ウ 契約者の家族等に対する訪問介護サービスの提供

エ 飲酒及び契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙

オ 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

カ その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

14 事故発生時等における対応

- (1) サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族等に連絡を行うとともに、事業者へ報告し主治医に連絡する等の措置を講ずるものとします。
- (2) 必要に応じ市町村へ報告します。
- (3) 事故の原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。

尚和寮の利用にあたり、契約書及び本書面に基づき契約者に対し重要事項の説明を行いました。

説明者	職名	氏名	印
-----	----	----	---

私は、尚和寮の利用にあたり、契約書及び本書面により事業者から重要事項の説明を受け了承しました。

令和 年 月 日

契約者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印