

訪問介護すずかけの径 重要事項説明書

1. 訪問介護すずかけの径の概要

(1) 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 瑞祥会
事業者の所在地	香川県東かがわ市湊1183番地5
法人種別	社会福祉法人
代表者名	樫村 英一郎
電話番号	0879-25-0674

(2)

事業所の名称	訪問介護 すずかけの径
事業所の所在地	香川県高松市上福岡町919-1
管理者の氏名	久保 裕典
電話番号	087-873-2640
FAX番号	087-812-6022
指定年月日及び指定番号	平成25年2月15日 3770107385

(3) 同施設の職員体制

職種	常勤		非常勤	
	専従	兼務	専従	非常勤
管理者	0名	1名	0名	0名
サービス提供責任者 (訪問介護員と兼務)	0名	1名	0名	0名
訪問介護員 (サービス責任者1名含む)	1名	1名	0名	11名

2. サービス内容

- ① 入浴、排泄、食事等の介護 ② 調理、洗濯、掃除等の家事
③ 生活等に関する相談及び助言 ④ その他契約者に必要な日常生活上の世話

3. 利用料金

(1) 利用料

(身体介護が中心の場合)

	身体介01	身体介護1	身体介護2	身体介護3	身体介護に引き続き生活援助を行う時は①20分以上②45分以上③70分以上
	20分未満	30分未満	30分以上 ～ 1時間未満	1時間以上 ～ 1時間半未満	
1, 契約者のサービス利用料金	1,705円	2,552円	4,043円	5,911円	①684円②1,368円 ③2,052円
2, うち、介護保険から給付される金額	1,534円	2,296円	3,638円	5,319円	①616円②1,231円 ③1,847円
3, サービス利用に係る自己負担額(1-2)	171円	256円	405円	592円	①68円②137円 ③205円

(生活援助が中心の場合)

	生活援助 2	生活援助 3
	20 分以上 ～ 45 分未満	45 分以上
1, 契約者のサービス利用料金	1, 868 円	2, 297 円
2, うち、介護保険から給付される金額	1, 681 円	2, 067 円
3, サービス利用に係る自己負担額 (1-2)	187 円	230 円

※平成 27 年 8 月 1 日以降、一定以上の所得がある方は自己負担額が 2 倍又は 3 倍となります。

※夜間（午後 6 時から午後 10 時までの時間）早朝（午前 6 時から午前 8 時までの時間）は 2.5 割加算します。

※初回加算要件により、初回利用月は 200 円が加算されます。

※緊急時訪問介護加算要件により、訪問介護を行った場合、1 回につき（1）の利用料に 100 円が加算されます。

※介護職員処遇改善加算Ⅰとして利用単位数に 13.7%が加算されます。

※地域加算（1 単位=10.21）が加算されます。

※特定処遇改善加算Ⅱ 4.2%が加算されます。

※介護職員等ベースアップ等支援加算 2.4%が加算されます。

※キャンセル料（急なキャンセルの場合）当該利用料の 50%料金を頂きます。

(2) 交通費

高松市にお住まいの方は無料です。

※高松市以外の方の交通費は実費とします。

なお、自動車を使用した場合の交通費は下記の要領で算定させていただきます。

高松市を越える地点から 10k mごとに 100 円（通常は往復の距離数で算定する）

(3) 支払方法

前月の利用料は、翌月の 20 日に銀行引落としとなります。（手数料で月 110 円頂きます）

4. 営業日

月曜日から日曜日の毎日 午前 8 時～午後 5 時 30 分

（午前 7 時～午前 8 時と、午後 5 時 30 分～午後 10 時までの利用についてはご相談に応じます）

5. サービス利用手続き

利用の申し込みを行うときは、次の書類を提出してください。

① 健康診断書（1 年間有効）又はかかりつけ医の意見書

6. サービス内容に関する相談・苦情

当事業所ご利用相談室	・苦情解決責任者 久保裕典 ・窓口担当者 佐藤厚子 ご利用時間 午前 8 時～午後 5 時 30 分 ご利用方法 電話・面接・苦情箱（玄関に設置） TEL087-873-2640 Fax087-812-6022 第三者委員 橋本健一（0879-25-4763） 村井久子（087-841-3376） 横山明美（087-841-5638）
公的機関窓口	高松市役所 介護保険担当課 TEL 087-839-2326 Fax 087-839-2337 香川県国民健康保険団体連合会 TEL 087-822-7453 Fax 087-822-7455

利用者本人及びその家族から苦情を受けた場合、苦情受付担当者は苦情解決責任者と相談し、苦情解決に努めます。苦情の内容・結果は報告書に記録し 15 日以内に本人家族に対して報告します。苦情解決後も同じような苦情が発生しないよう再発防止に努めます。

7. 緊急時及び事故発生時の対応方法

利用者の病状に急変、事故発生、その他緊急の事態が生じた場合の対応方法については次のとおりとします。

＜サービス提供時の対応＞

- ①速やかに利用者に必要な措置を行うとともに、家族及び主治医、担当介護支援専門員等への連絡を行います。
- ②発生した事故の原因を解明し、事故の状況及び事故に際してとった処置等を報告書に記録し、今後同じような事故が発生しないよう再発防止に努めます。
- ③事業所に過失が認められる場合については速やかに損害賠償を行います。
- ④当事業所は、前項の損害賠償のために、損害賠償責任保険に加入します。

＜サービス提供時以外の対応＞

- ①利用者本人及びその家族から要請を受けた際は、速やかにサービス提供責任者へ連絡を行います。
- ②サービス提供責任者は、担当介護支援専門員と連携し、必要な措置を講じます。
- ③サービス提供責任者は、サービス内容及び時間等の記録を行い、担当介護支援専門員へ連絡を行います。

緊急時連絡窓口	窓口担当者 佐藤厚子 ご利用時間 午前7時～午後10時 Tel087-873-2640 Fax087-812-6022
公的機関窓口	高松市役所 介護保険担当課 Tel 087-839-2326 Fax 087-839-2337 高松北広域消防署 Tel 087-861-1551 しんまるクリニック Tel 087-887-7612

8. 秘密保持

- ①当事業所は、正当な理由がない限り、お客様に対するサービス提供にあたって知り得たご本人やご家族の秘密を漏らしません。
- ②当事業所の訪問介護職員が退職後、在職中に知り得たご本人やご家族の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じます。
- ③当事業所は、ご本人の個人情報を用いる場合はご本人の、ご家族の情報を用いる場合はご家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、ご本人・ご家族の個人情報を用いません。

9. 当法人の概要

名称 社会福祉法人瑞祥会
 代表者役職・氏名 理事長 榎村英一郎
 所在地 香川県東かがわ市湊1183番地5

定款に定めた事業 ①特別養護老人ホーム湊荘の経営
 ②特別養護老人ホーム引田荘の経営
 ③軽費老人ホーム・サンリッチ屋島の経営
 ④軽費老人ホーム・サンパール白鳥の経営
 ⑤サンパール白鳥デイサービスセンターの経営
 ⑥引田荘デイサービスセンターの経営
 ⑦老人短期入所事業（湊荘）
 ⑧老人短期入所事業（引田荘）
 ⑨湊荘老人介護支援センターの経営

- ⑩引田荘老人介護支援センターの経営
- ⑪老人保健施設リリック・ケアセンターの経営
- ⑫障害者自立支援法に基づく障害者支援施設サン未来の経営
- ⑬障害福祉サービス事業（短期入所・サン未来）
- ⑭認知症対応型老人共同生活援助事業（グループホームあじさい）
- ⑮真珠の湯デイサービスセンターの経営
- ⑯認知症対応型老人共同生活援助事業（グループホーム真珠の湯）
- ⑰小規模多機能型居宅介護事業所の経営
- ⑱認知症対応型通所介護事業駅前やすらぎ処の経営
- ⑲ずいしょう指定訪問介護事業所の経営
- ⑳障害福祉サービス事業（居宅介護・ずいしょう指定訪問介護事業所）
- ㉑老人短期入所事業（サンリッチ屋島）
- ㉒老人短期入所事業（グループホーム真珠の湯）の経営

事業所数

- | | |
|-----------------|-----|
| ①介護老人福祉施設 | 2ヶ所 |
| ②介護老人保健施設 | 1ヶ所 |
| ③居宅介護支援事業 | 3ヶ所 |
| ④訪問介護事業 | 1ヶ所 |
| ⑤訪問入浴介護事業 | 1ヶ所 |
| ⑥通所介護事業 | 3ヶ所 |
| ⑦通所リハビリテーション事業 | 1ヶ所 |
| ⑧短期入所生活介護事業 | 3ヶ所 |
| ⑨短期入所療養介護事業 | 1ヶ所 |
| ⑩認知症対応型共同生活介護事業 | 2ヶ所 |
| ⑪障害者支援施設 | 1ヶ所 |
| ⑫身体障害者短期入所事業 | 1ヶ所 |
| ⑬特定施設入所者生活介護事業 | 2ヶ所 |
| ⑭小規模多機能型居宅介護事業 | 1ヶ所 |

私は、契約書及び本書面により、事業者の職員(職名_____氏名_____)から
訪問介護すずかけの径についての契約内容・重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

(契約者)

住 所

氏 名

印

電話番号

(身元保証人)

住 所

氏 名

印

電話番号

緊急連絡先	住 所 氏 名 電 話 () - 続 柄
	住 所 氏 名 電 話 () - 続 柄
主 治 医	医療機関名 担 当 医 電 話 () -

同意書

指定訪問介護事業所担当職員等が、サービス担当者会議等において、次の情報を用いることについて同意します。

公開する資料

- ・ 病歴
- ・ アセスメント表
- ・ 介護サービス計画書等
- ・ 事例発表
- ・ その他サービスの利用について必要なもの

令和 年 月 日

(利用者)

住 所

氏 名

印

(家 族)

住 所

氏 名

印