訪問介護重要事項説明書

〈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 0267-78-1001
(受付時間：月曜日～金曜日 午前8時15分～午後5時まで)
担 当 事 務 局 長・

1. 訪問介護事業の概要

(1) 事業所の名称、所在地等

事業所名	社会福祉法人 南相木村社会福祉協議会
所在地	長野県南佐久郡南相木村3781-162
介護保険事業所番号	2082000015
通常の事業の実施地域 ※	南相木村

※ 上記以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

区 分	資 格	常 勤	非 常 勤	業 務 内 容	計
管理者		1名		業務統括	1名
サービス提供責任者	介護福祉士	1名			1名
事務職員		2名		経理事務	2名
従事者	介護福祉士	1名	1名	身体介護・家事援助他	2名
	介護職員初任者研修 ヘルパー養成講習会1～2級修了者		2名	身体介護・家事援助他	2名
	その他				

(3) 営業日、営業時間

営 業 日	月曜日～日曜日 ただし、12月29日～1月3日を除く
営業時間	平日 午前8時15分～午後5時00分
	日・祭日 午前8時15分～午後5時00分

* なお、ご希望により早朝・夜間・深夜の時間帯はご相談ください。

2. サービスの内容

(1) 身体介護

- ・食事介助・・・食事の介護をします。
- ・入浴介助・・・入浴の介護をします。
- ・排泄介助・・・排泄の介護をします。
- ・清 拭・・・身体の清拭や洗髪をします。
- ・体位変換・・・褥創予防のために体位変換をします。

等

(2) 生活援助

- ・買 物・・・生活必需品の買い物をします。
 - ・調 理・・・調理を行い食事を提供します。
 - ・清 掃・・・住居等の清掃、整理整頓をします。
 - ・洗 濯・・・衣類の洗濯、補修をします。
- 等

(3) その他のサービス

- ・介護相談 等

3 利用料金

(1) 利用料金（基本料金）

介護保険から給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金下表の9割となり、自己負担はその内の1割です。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

身体介護中心	20分未満	20分～ 30分未満	30分～ 1時間未満	1時間以上
	1,630円	2,440円	3,870円	30分を増すごとに820円を加算
生活援助中心		20分～ 45分未満	45分以上	
		1,790円	2,200円	
身体介護に引き 続き生活援助を 行った場合	20分以上	45分以上	70分以上	
	650円	1,300円	1,950円	

* 基本料金に対して、早朝（午前6時～午前8時）、夜間（午後6時～午後10時）帯は上記料金の25%増し、深夜（午後10時～午前6時）は同50%増しとなります。

* 上表の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。

* やむを得ない事情で、かつ、お客様の同意を得て、2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。

* 上記金額を算出後、特加算としてその金額の15%が加算されます。

(2) 交通費

前記1の(1)の通常の事業の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) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡下さい。

①ご利用の12時間前までにご連絡をいただいた場合	無料
②お客様に緊急を要する事態が発生した場合	無料
③ご利用の12時間前までにご連絡がなかった場合	当該基本料金の20%
④ご利用の2時間前までにご連絡がなかった場合	当該基本料金の50%

連絡先

	電話番号	時間帯	備考
社会福祉協議会（担当）	0267-78-1001	8:15～17:00	平日

(4) その他

① お客様のお住まいで、サービスを提供するために必要な、水道、ガス、電気等の費用はお客様のご負担となります。

② 料金のお支払方法

ご利用いただいた月の翌月10日までに前月分の請求をいたしますので、14日以内にお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、金融機関振込、現金集金、口座自動引落としの3通りの中からご契約の際に選べます。

4 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話でお申し込み下さい。当事業所従業員がお伺いします。

サービス提供の依頼を受けた後、契約を結び、訪問介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。なお、文書は当方で用意してありますので、必要なときはお申しつけください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の文書がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設等に入所等した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、介護保険の非該当と認定された場合
- ・ お客様がなくなられた場合

④ その他

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによってすぐにサービスを終了することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払を3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族の方などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、すぐにサービスを終了させていただく場合があります。

5 当事業所の訪問介護サービスの特徴等

(1) 運営の方針

- ・ 訪問介護員は、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、食事の介助その他生活全般にわたる援助を行います。
- ・ 事業の実施にあたっては、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、総合的なサービスの提供に努めます。

(2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
ホームヘルパー変更の可否	○	変更を希望される方はお申し出ください。
男性ヘルパーの有無	×	
従業員への研修の実施	○	年1回以上実施しています
サービスマニュアルの作成	○	
第三者評価の実施の有無	×	

6 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡します。

緊急連絡先		
氏 名		
住 所		
電 話 番 号		
続 柄		
主治医		
病院又は診療所名	佐久総合病院小海診療所	
医 師 の 氏 名		
住 所	小海町大字小海4269-9	

電 話 番 号	0 2 6 7 - 9 2 - 2 1 6 3	
歯科医師		
病院又は診療所名		
医 師 の 氏 名		
住 所		
電 話 番 号		
救急隊		
消 防 署 名	南 部 消 防 署	
住 所	小海町豊里 1862	
電 話 番 号	0267-92-0119	

7 秘密の保持

事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。これは、契約終了後も同様です。

8 サービス内容に関する相談・苦情

① 当事業所ご利用お客様相談・苦情担当

電話 0 2 6 7 - 7 8 - 1 0 0 1 (受付時間：月～金曜日 午前 8 時 15 分～午後 5 時)

担 当 事 務 局 長 ・

② その他

当事業所以外に、下記の事業所に苦情を伝えることができます。

事業所名	南 相 木 村 役 場	長野県国民健康保険団体連合会
電話番号	0 2 6 7 - 7 8 - 2 1 2 1	0 2 6 - 2 3 8 - 1 5 5 5
受付時間	午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 月曜日 ～ 金曜日 (祝祭日及び 12 月 29 日～1 月 3 日は除く)	

9 当事業所の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 南相木村社会福祉協議会
 代表者役職・氏名 会 長
 所 在 地 長野県南佐久郡南相木村 3 7 8 1 - 1 6 2
 電 話 番 号 0 2 6 7 - 7 8 - 1 0 0 1
 実施する事業

- 1 居宅介護支援事業
- 2 訪問介護事業
- 3 地域密着型通所介護事業
- 4 短期入所生活事業
- 5 介護予防・日常生活支援総合事業
- 6 その他 1～5 の事業に付随する業務

10 その他

----- 契約する場合は以下の確認をすること -----

令和 年 月 日

訪問介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

事業者

所在地 長野県南佐久郡南相木村 3 7 8 1 - 1 6 2

名称 社会福祉法人 南相木村社会福祉協議会

代表者名 会 長 ㊟

説明者 ㊟

私は、契約書および本書面により、事業者から訪問介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ ㊟

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ ㊟