

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	
受付時間	月曜日～金曜日 午前８：３０～午後５：３０まで
電話	２１－３７１５
担当	山田 梅子

１ 大町市指定訪問介護事業所の概要

(１) 事業所の名称、所在地等

事業所名	大町市社会福祉協議会 指定訪問介護事業所
所在地	大町市大町１１２９番地 (大町市総合福祉センター内)
介護保険事業所番号	２０７１２０００６３
通常の事業の実施地域 ※	大町市及び、池田町、松川村、白馬村内

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(２) 職員体制

区分	資格	職員数
管理者		１名
サービス提供責任者	介護福祉士	３名以上
訪問介護員	介護職員初任者研修修了 (旧ヘルパー２級)	１０名以上

(３) 営業日および営業時間

○営業日 月曜日～日曜日とする。

○営業時間 午前０時００分から２４時間

2 サービス内容

A 身体介護サービス内容

- | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 起床介助 | <input type="checkbox"/> 就寝介助 | <input type="checkbox"/> オムツ交換 | <input type="checkbox"/> 体位交換 | <input type="checkbox"/> 食事介助 |
| <input type="checkbox"/> 入浴介助 | <input type="checkbox"/> 清拭 | <input type="checkbox"/> 身体整容 | <input type="checkbox"/> 更衣 | <input type="checkbox"/> 通院介助 |
| <input type="checkbox"/> 爪きり | <input type="checkbox"/> 車いす移乗介助 | <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> 足浴 | <input type="checkbox"/> 手浴 |

B 生活援助

- | | | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 調理 | <input type="checkbox"/> 掃除 | <input type="checkbox"/> 洗濯 | <input type="checkbox"/> 買い物 | <input type="checkbox"/> 薬取り |
| <input type="checkbox"/> その他 | | | | |

訪問介護員は、ご契約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。

※ 医療行為

※ ご契約者若しくは、その家族からの高価な物品の授与

※ ご契約者の家族等に対する訪問介護サービスの提供

※ ご契約者若しくは、その家族に対して行う、宗教活動、政治活動、営利活動

※ 各種支払いや、年金等の管理、金銭の貸借など、金銭を取り扱うこと

※ その他ご契約者若しくは、その家族に対する迷惑行為

3 利用料金

① 利用料

介護保険からの給付サービスご利用の場合、「介護保険負担割合証」の負担割合によりご負担いただきます。「介護保険被保険者証」ならびに「介護保険負担割合証」をご提示下さい。

介護保険給付の範囲を超えたサービス利用、又は介護保険の適用を受けない部分については、全額自己負担となります。

【料金表 基本料金・昼間】（1割負担の場合）

	20分未満 (巡回型)	20分～30分未満	30分～1時間未満	1時間以上
身体介護中心	1 6 3 円	2 4 4 円	3 8 7 円	5 6 7 円
生活援助中心 20分以上45分未満	1 7 9 円			
生活援助中心 45分以上70分未満	2 2 0 円			
身体介護1時間30分以上の場合567円、30分増すごとに	82円増し			
新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して	初回加算 200円／月			
訪問介護計画にない訪問介護（身体介護中心）	緊急時訪問介護加算 100円／回			
	介護職員処遇改善加算Ⅲ 18.2％／月			

※ 当事業所は特定事業所加算Ⅰを適用させていただいておりますので、基本利用金に対して20％増しの金額となります。

- ※ 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25%増し、
深夜（午後10時～午前6時）は50%増しとなります。
- ※ 事業所加算Ⅰに適用できなくなった時点で、加算はつかないものとします。
- ※ 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。

② 交通費

前記（1）表の通常の事業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くものとします。
キャンセルが必要となった場合は、至急、下記までご連絡ください。
連絡先 TEL 0261-21-3715 受付時間；午前8：30～午後5：30

ご利用日の前々日までのご連絡の場合	キャンセル料はいただきません
ご利用日の前日までのご連絡の場合	当該利用料金の50%を申し受けます
ご利用日の当日のご連絡の場合	当該利用料金全額申し受けます

- ※ご利用日の前日が、土、日、祝日に当たる場合には、直近の営業日を前日とします。
- ※但し、ご利用者の体調の不良等、しかるべき事由がある時には、この限りではありません。
- ※受付時間内にご連絡いただけますよう、よろしくお願い申し上げます。

4 料金のお支払方法

- 毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、22日までにお支払いください。
お支払いいただきますと、領収書を発行します。
- ※お支払方法は、口座自動引き落とし、銀行振込の中からご契約の際にお選び下さい。

○ご利用できる金融機関

口座自動引き落としは、どちらの金融機関でもご利用いただけます。

5 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、ご家族との事前の打ち合わせにより、速やかに主治医、訪問看護ステーション、協力医療機関と連絡を取り、医師の指示に従います。
また、速やかにご家族、居宅介護支援事業者等へ連絡します。

協力医療機関	市立大町総合病院	大町市大町 3 1 3 0 番地 0 2 6 1 - 2 2 - 0 4 1 5
主治医	主治医氏名	
	連絡先	
訪問看護ステーション	担当者	
	連絡先	
ご家族	お名前	
	ご連絡先	
居宅介護支援事業者	担当者	

6 サービス内容に関する相談・苦情

① 当事業所に対するお客様の苦情・ご相談は以下の窓口で受け付けています。

電話 0 2 6 1 - 2 1 - 3 7 1 5

受付時間 月曜日 ～ 金曜日 午前 8 : 3 0 ～ 午後 5 : 3 0 まで

担 当 山田 梅子

② 行政機関その他苦情受付機関

大町市役所 福祉課 高齢者・包括支援係	長野県大町市大町 3 8 8 7 番地 0 2 6 1 - 2 2 - 0 4 2 0 (代)
北アルプス広域連合	長野県大町市大町 1 0 5 8 - 3 3 番地 0 2 6 1 - 2 2 - 7 1 9 6 (代)
長野県国民健康保険団体連合会	長野市西長野加茂北 1 4 3 - 8 番地 長野県自治会館内 0 2 6 - 2 3 8 - 1 5 8 0 (代)

7 その他

ショートステイ利用等によるサービスの中止、再開につきましては、できる限り 1 週間前までに、ご連絡くださいますようお願い申し上げます。

また、退院等による再開につきましては、わかった時点でのご連絡をお願い申し上げます。

8 サービスの第三者評価の受審

サービスの第三者評価として、外部機関の受審はありません。ただし、本協議会評議員等による事業に係る評価を実施しています。