

重要事項説明書（訪問型訪問介護サービス）

訪問介護サービスの提供にあたり、平成11年厚生省令第37条第8号にもとづいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者・事業所の概要

事業者

- | | |
|----------------|----------------------|
| (1) 名称 | 社会福祉法人 奥山老人ホーム |
| (2) 主たる事務所の所在地 | 浜松市浜名区引佐町奥山 1430-180 |
| (3) 電話番号 | 053-543-0320 (代) |
| (4) 代表者職 | 理事長 |
| (5) 代表者氏名 | 法山 高秀 |

事業所

- | | |
|-----------|-----------------------|
| (1) 名称 | 奥山訪問介護事業所 |
| (2) 所在地 | 浜松市浜名区引佐町奥山 1430-180 |
| (3) 電話番号 | 053-543-0320 (代) |
| (4) 指定年月日 | 平成19年 4月15日 |
| (5) 指定番号 | 2278100116 |
| (6) 交通機関 | 遠鉄バス奥山線 尾沢バス停より北 300m |

2. 職員の職種、人数及び職務内容

令和5年9月現在

職 種	資 格	員 数	勤 務 の 体 制
管理者	介護福祉士	1人	常勤
サービス提供責任者	介護福祉士	1人	常勤
訪問介護職員	介護福祉士	2人	常勤・非常勤
	初任者研修	1人	

3. 営業日及び営業時間

平日	一般 7:00~19:00
営業をしない日	日曜日及び12月30日から1月3日 ※

※ただし必要に応じてサービス提供することがあります

4. 事業の実施地域

浜松市浜名区引佐町

5. サービスの利用方法

- (1) 利用開始手順

- ・ 当事業者に直接お電話にてお申込になるか、居宅介護支援事業所の介護支援専門員・地域包括支援センターの担当者にお申込下さい。当事業者の担当職員があなたのお宅に伺い、当事業者の訪問介護の内容についてご説明いたします。
- ・ この説明書によりあなたからの同意を得た後、当事業者の職員が介護予防訪問介護計画書を作成し、サービスの提供を開始します。
- ・ あなたが居宅サービス計画（ケアプラン）の作成の依頼をしている場合は、事前に居宅介護支援事業者にご相談下さい。

(2) サービスの終了

① あなた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10日前までに文書で申出て下さい。

② 当事業者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あります。この場合は、サービス終了日の30日前までに、文書によりあなたに通知します。

③ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・ あなたが介護保険施設に入所した場合
- ・ あなたの要介護度が非該当（自立）と認定された場合（*）
- ・ あなたが亡くなったとき

（*）自立となった場合は、ご相談下さい。自己負担にてご利用することもできます。

④ その他

- ・ 当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業者が破産した場合、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
- ・ あなたがサービスの利用料金を3ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わないとき、あなたが当事業者に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

6. 提供するサービス内容

当事業所が提供するサービスは次のとおりです。

(1) 身体介護

入浴介助・排泄介助・食事介助サービスなどを行います。

(2) 生活援助

調理・洗濯・掃除・買い物・衣類整理と補修サービスを行います。

(3) 通院等乗降介助

通院等のための乗車・降車の介助を行います。

(1) 身体介護

・ 入浴介助サービス

入浴の介助又は入浴が困難な方には、部分浴や洗髪、身体を拭く（清拭）などをいたします。

・ 排泄介助サービス

排泄の介助や、おむつ交換をいたします。

・ 食事介助サービス

食事の介助をいたします。

・ 健康チェック

・ 起床援助（介助）・就寝介助サービス

・ 更衣援助サービス

・ 整容

・ 散歩

・ 服薬の管理

・ 相談、助言

(2) 生活援助

・ 調理サービス

食事の用意をいたします。

・ 洗濯サービス

衣類等の洗濯をいたします。

・ 掃除サービス

居室の掃除をいたします。

・ 買い物サービス

日常生活に必要とされる物品の買い物をいたします。また、銀行等の振込み手続きの代行をいたします。（ただし、預金・貯金の引き出し、預け入れはいたしません。）

・ 衣類整理と補修をいたします。

(3) 通院等のための乗車又は降車の介助

7. 利用料金

このサービスの利用料及びその他の費用は以下のとおりです。

(1) 利用料

当事業所の訪問介護の提供（介護保険適用部分）に対して、ご契約者が負担する利用料金は介護保険の負担金割合による。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。

基本料金（通常時間帯）

指定介護予防サービス介護給付費単位数表

対象		単価	単位
要支援 1	週 1 回程度	1,176	月
要支援 2	週 2 回程度	2,349	
要支援 2	週 2 回程度超	3,727	

※ 浜松市は地域区分が「7級地」であるため上記表の単位数に 10.21 円 を乗じた金額の介護保険の負担金割合が自己負担となります。

その他の加算として、

事業所と同一敷地内または隣接する敷地内に所在する建物に居住する者⇒10%減算

正当な理由なく事業所において前 6 月間に提供した訪問介護サービスの総数のうち、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物に提供されたものの占める割合が 100 分の 90 以上である場合⇒12%減算

介護職員処遇改善加算Ⅲ⇒18.2%加算

- ・ 基本料金に対して、
 - 早朝（午前 6 時～8 時）・夜間（午後 6 時～10 時）の場合は 25%加算、
 - 深夜（午後 10 時～午前 6 時）の場合は 50%加算となります。
- ・ 一定の条件下で 2 人の訪問介護員が 1 人の利用者に訪問介護を行った時は、2 人分の料金となります。
- ・ 認知症対応型共同生活介護、又は特定施設入所者生活介護を受けている間は、介護保険からの支払いは受けられません。
- ・ 上記のほか、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」（平成 12 年厚生省告示第 19 号）に規定される、訪問介護を行った場合に所定の料金の 1 割を負担していただきます。
 - ※ 利用者の被保険者証に支払方法変更の記載（保険料の滞納により、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業所でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、ご契約者が住民登録してある市町村の窓口へ提出して差額（介護保険適用部分の 9 割）の払い戻しを受けて下さい。

（2） 交通費

当事業所の指定訪問介護従業者がご契約者のお宅を訪問する場合の費用です。

※ 通常の事業の実施地域にお住まいの方以外が対象です。

- （1） 事業所から片道概ね 10 キロメートル未満 300 円
- （2） 事業所から片道概ね 10 キロメートル以上 800 円

（3） キャンセル時

ご契約者又はご家族の都合により、キャンセルする場合には、ご連絡下さい。

（4） その他の費用

指定訪問介護を実施するため、ご契約者のお宅で使用する水道、ガス、電気等の費用はご契約者の負担となります。

8. 利用料金の支払方法

あなたが当事業者に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月 10 日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をします。支払方法は、あなたが指定した預金口座より毎月 15 日に口座自動引落としさせていただきます。（郵便局・J A とびあ浜松・遠州信用金庫のいずれかからご指定下さい。）

9. 緊急時の対応方法

通所介護の提供中にあなたに容体の変化等があった場合は、速やかにあなたの主治医等に連絡します。

主治医	氏名	
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	
	連絡先	

10. 苦情等申出先

あなたは、当事業者の訪問介護の提供について、いつでも苦情を申立てることができます。
あなたは、当事業者に苦情を申立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口 担当 サービス提供責任者 村松 由美

電話番号 053 (543) 0320

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申立てることができます。

市町村	担当窓口	浜松市役所 介護保険課
	電話番号	053 (457) 2374
国民健康保険団体連合会	担当窓口	事業部介護保険課 (8:30~17:15)
	電話番号	054 (253) 5590

令和 年 月 日

(事業者)

訪問介護の提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 浜松市浜名区引佐町奥山1430-180

名称 社会福祉法人奥山老人ホーム 奥山訪問介護事業所

説明者 _____ 印

(利用者)

この説明書により、訪問介護に関する重要事項の説明を受けました。

住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人)

住所 _____

氏名 _____ 印