

重要事項説明書（訪問介護サービス）

あなたに対する訪問介護サービスの提供開始にあたり、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業所概要

事業所名	&ケアホーム愛川		
所在地	神奈川県愛甲郡愛川中津242-1 &ケアホーム愛川 事務室		
指定事業所番号	1471600419号		
管理者及び連絡先	訪問介護	井上 香織	046-284-3001
サービス提供地域	愛甲郡愛川町		

2. 事業の目的と運営方針

運営の方針	介護保険法の理念に基づき、利用者に対して適正な生活支援を提供することを方針としています。
-------	--

3. ご利用事業所であわせて実施する事業

居宅介護支援	指定年月日 平成30年4月1日	神奈川県知事の事業者指定	指定番号 1471600427
訪問看護	指定年月日 平成30年4月1日	神奈川県知事の事業者指定	指定番号 1461690015

4. 職員体制等

管理者	1名	常勤兼務
サービス提供責任者	1名	常勤
訪問介護員	9名	常勤 5名 非常勤 4名

5. 営業時間

事業所	月～金曜日 9:00～17:00
-----	------------------

6. サービス内容

身体介護	① 食事介助 ②入浴介助 ③排泄介助 ④清拭 ⑤体位交換
生活援助	①買い物 ②調理 ③掃除 ④洗濯
その他のサービス	介護相談

7. 相談窓口、苦情対応

利用者様または利用者ご家族は、提供された訪問介護サービス等に苦情がある場合、ご利用者窓口にて苦情を申し立てることができます。

ご利用者窓口	ご利用時間 営業時間と同様	電話 046-284-3001
	担当窓口	井上 香織

※利用者様は、当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口や国民健康保険団体連合会に苦情などを相談することができます。

8. 緊急時の対応

訪問介護の提供を行っているときに利用者様の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに協力医療機関、主治医に連絡を取る等必要な措置を講じ、緊急連絡先に連絡いたします。

医療機関の名称	熊坂外科呼吸器科医院		
所在地	神奈川県愛甲郡愛川町中津7417	電話番号	046-285-1139
主治医	熊坂 謙一郎		

9. 利用料金

(1) 介護保険からの給付サービスを利用する場合は原則として基本料金（料金表）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別途自費サービスとなります。

（料金表）

サービス内容		時間あたりの介護報酬	介護保険適用時の自己負担額（1割）	自己負担額（2割）
身体	20分以上30分未満	2,442円	244円	488円
	30分以上1時間未満	3,856円	385円	771円
生活	20分以上45分未満	1,823円	182円	364円
	45分以上	2,243円	224円	448円

※ 基本料金に対して、早朝（6時～8時）・夜間（18時～22時）帯は25%増し、深夜（22時～6時）は50%増しとなります。

※ 上記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、利用者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。尚、介護保険法の改定により、料金改定がなされた場合は、改定後の料金となります。

(2) &ケアホーム愛川に入居の方は、交通費はいただきません。

その他の地域にお住まいの方は、訪問介護従業者がお尋ねするための交通費をいただきます。

(3) 利用者様の住まいで、訪問介護を提供するために使用する、水道・ガス・電気

通信費・その他訪問介護サービス実施必要物についての費用は、利用者様のご負担になります。

通院介助などで交通機関を利用した場合、訪問介護従業者の交通費は利用者様のご負担になります。

料金の支払い方法は、毎月末締めとし、翌月15日までに事業所指定の方法でお支払い下さい。(なお、銀行振込の場合の振込手数料は利用者様のご負担とさせていただきます)

訪問介護時間内に、当事業所の訪問介護従業者が同行研修する場合がございますが、ご了承ください。

なるべく利用者様のご希望に沿って訪問介護従業者は決めておりますが、必ずしもご希望に添えない場合がございますので、ご了承ください。

10. 訪問介護の利用方法

利用開始は、利用者様からの申込み後、当事業所従業員が利用者様宅へお伺いし、訪問介護計画作成とともに契約を結び、訪問介護の提供を開始します。

訪問介護の終了につきましては【別紙訪問介護サービス契約書】を参照下さい。

11. 事故発生時の対応

利用者様に対する訪問介護のサービス提供により事故が発生した場合は、市区町村、当該利用者にかかる居宅介護支援事業者、主治医等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

_____年 ____月 ____日

訪問介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

&ケア訪問介護

説明者氏名 _____ 井上 香織 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、訪問介護サービス利用に同意しました。

氏 名 _____

署名代行者 _____

【事業者】

&ケア訪問介護

住所 神奈川県愛甲郡愛川町中津242-1 &ケアホーム愛川

法人名 株式会社 ASMILE

代表者 古川 直美

電話 046-284-3001

FAX 042-284-3002

_____ 神奈川県知事指定71600419号