

訪問介護重要事項説明書

訪問介護サービスの提供開始にあたり、厚生省令（平成11年3月31日第37号）第8条に基づいて、当事業者が 様に説明すべき事項は次のとおりです。

| | |
|---------|--|
| サービスの種類 | 指定訪問介護事業 |
| 事業所の名称 | 社会福祉法人下諏訪町社会福祉協議会 |
| 事業所の代表者 | 会長 濱 克典 |
| 事業所の所在地 | 長野県諏訪郡下諏訪町162番地4 |
| 事業所の連絡先 | 電話0266-28-8292 |
| | FAX 0266-27-0890 |
| 指定事業所番号 | 2072300029 |
| 事業の実施地域 | 下諏訪町 |
| 職員の職種 | 介護福祉士、介護職員初任者研修課程修了者 |
| 職務内容 | <p>管理者</p> <ul style="list-style-type: none">○ 事業所の従業員及び業務の管理を一元的に行う。○ 事業所の従業員に規定の遵守をさせるため、必要な指揮命令を行う。 <p>サービス提供責任者</p> <ul style="list-style-type: none">○ 利用者の状況を踏まえ、具体的なサービス内容等を記載した訪問介護計画を作成する。○ 利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握する。○ サービス担当者会議の出席により、居宅介護事業所と他の福祉事業所と医療機関との連携を図る。○ 訪問介護員に対する技術指導等のサービス内容の管理を行う。 <p>訪問介護員</p> <ul style="list-style-type: none">○ 身体介護○ 生活支援 |

| | |
|-----------|--|
| 員 数 | <p>管理者 1人</p> <p>サービス提供責任者 介護福祉士 1人以上</p> <p>職員 介護福祉士 1人以上（サービス提供責任者と兼務） 介護職員初任者研修以上修了者又は 訪問介護員養成研修2級課程以上修了者 2人以上</p> |
| サービスの提供時間 | 年中無休（24時間365日） |
| 事業所の営業日 | <p>通常 月曜日～金曜日の8時30分～17時15分 土・日曜日及び、12月30日～1月3日は休み （ただし、緊急の場合には電話等で対応します）</p> |
| 事業の目的 | 要介護状態等になった高齢者等に適正な介護サービスを提供することを目的にします。 |
| 運営方針 | その人の生活・人生を尊重し、できる限り自立した生活を送れるように支援します。 |
| サービスの提供方法 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用申込者及びその家族に対し、この説明書により同意を得るものとします。 ○ 利用者との相談等は、自宅又は下諏訪町社会福祉協議会にて行います。 ○ 適切なサービスが行われているか常に確認します。 |
| 利用料金 | <ul style="list-style-type: none"> ○ サービスの利用に対しては、利用者負担割合に応じて、利用料の一部を利用者負担としていただきます。 ○ 訪問時間までに申し出がなく、不在であった場合にはキャンセル料として500円をいただきます。 ○ 実施地域外へのサービス提供は、1kmにつき20円の交通費をいただきます。 <ul style="list-style-type: none"> 1km未満：20円 2km未満：40円 3km未満：60円 4km未満：80円 5km未満：100円 6km未満：120円 ○ 保険対象外のサービスについては、全額自己負担をしていただきます。 |

< 苦情申し立て先 >

ご利用者ご相談窓口

| | | |
|-----------------------------|-------|--|
| 指定訪問介護事業所 管理者 | 受付時間 | 平日午前8時30分から午後5時15分 |
| | ご利用方法 | 電話 28-8292 又は面接 |
| 下諏訪町社会福祉協議会 責任者 事務局長 | 受付時間 | 平日午前8時30分から午後5時15分 |
| | ご利用方法 | 電話 27-7396 又は面接 |
| 下諏訪町保健福祉課 高齢者係 | 受付時間 | 平日午前8時30分から午後5時15分 |
| | ご利用方法 | 電話 27-1111 又は面接 |
| 長野県国民健康保険団体連合会 | 受付時間 | 平日午前8時30分から午後5時15分 |
| | ご利用方法 | 電話 026-238-1580 又は面接 |
| 諏訪広域連合 介護保険課 介護保険係 | 受付時間 | 平日午前8時30分から午後5時15分 |
| | ご利用方法 | 電話 82-8161 又は面接 |
| 第三者委員 矢島 久資 小松 新平 | 受付時間 | 平日午前8時30分から午後5時15分 |
| | ご利用方法 | 電話 0266-75-2880 又は面接 電話 0266-27-1666 又は面接 |

< 提供するサービスの第三者評価の実施状況 >

第三者評価は実施しておりません。

< 緊急時の対応方法 >

| | | |
|---|-----------|--|
| 利用者の主治医又は事業者の訪問看護事業所への連絡を行い、医師の指示に従います。又、緊急連絡先に連絡いたします。 | | |
| 利用者の主治医 | 氏名 | |
| | 所属医療機関の名称 | |
| | 所在地 | |
| | 電話番号 | |
| 訪問看護事業所 | 事業所の名称 | |
| | 担当職員 | |
| | 所在地 | |
| | 電話番号 | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | |
| | 住所 | |
| | 電話番号 | |

< 秘密保持 >

事業者及び事業者の従業員は、正当な理由がない限り、利用者に対するサービス提供にあたって知り得た利用者及び利用者の家族の秘密を漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

< 賠償責任・事故発生時の対応 >

事業者は、利用者に対するサービスの提供にあたって、事故が発生し、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者に対して損害を賠償します。但し、利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減額することができます。

令和 年 月 日

当事業者は、利用者に対する訪問介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対してサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

事 業 者 長野県諏訪郡下諏訪町162番地4
社会福祉法人 下諏訪町社会福祉協議会
会 長 濱 克典 印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明を受けました。

利 用 者 氏 名 _____ 印
住 所 _____
電 話 _____

利用者の家族等 氏 名 _____ 印
住 所 _____
電 話 _____

利用者との関係 _____