

訪問介護重要事項説明書

[令和5年5月1日現在]

1 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

訪問介護ステーション天の川きらら TEL 0284-22-3662

重要事項説明者 田沼 孝之 / 管理責任者 田沼 孝之

※ ご不明な点は、何でもお尋ねください。

2 訪問介護ステーション天の川きららの概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	訪問介護ステーション 天の川きらら
所在地	栃木県足利市江川町3丁目5-4
介護保険指定番号	訪問介護 (栃木県 0970203642号)
サービスを提供する地域	足利市、佐野市

※ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 営業時間

月～金	午前8:30～午後5:30
-----	---------------

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	介護福祉士	1名	名	1名
サービス提供責任者	介護福祉士	1名	名	1名
サービス提供責任者	訪問介護員養成研修1級修了者	名	名	名
サービス従業者	介護職員初任者研修修了者 あるいは 訪問介護員養成研修2級修了者	1名	4名	5名

(4) サービス提供の時間帯

	早朝 6:00～8:00	通常時間帯 8:00～18:00	夜間 18:00～22:00
平日・土	○	○	○
日・祝日	○	○	○

※ 時間帯により料金が異なります。

※ 早朝(6:00～8:00)夜間(18:00～22:00)のご利用につきましてはご相談ください。

(5) 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

3 サービス内容

- (2) 身体介護
 - ① 食事介助 ② 入浴介助 ③ 排泄介助 ④ 清 拭 ⑤ 体位変換 等
- (2) 生活援助
 - ① 買 い 物 ② 調 理 ③ 掃 除 ④ 洗 濯 等
- (3) その他サービス
 - ① 介護相談 等

4 利用料金

別紙料金表をご確認ください。

(1) 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。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。(連絡先：TEL 0284-22-3662)

①	ご利用日の前営業日の17時30分までにご連絡いただいた場合	無料
②	ご利用日の前営業日の17時30分までにご連絡がなかった場合	利用料金の1割

(2) その他

- ③ お客様の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、電話等の費用はお客様のご負担になります。
- ④ 通院介助などで交通機関を利用した場合、サービス従業者の交通費はお客様のご負担になります。
- ⑤ 料金の支払方法
料金の支払方法は、毎月月末締めとし、翌月15日までに当月分の料金を請求いたします。お支払い方法は、原則銀行または、郵便局引き落としとさせていただきます。引落日はご指定の金融機関に準じます。
- ⑥ まれに、交通事情によりサービス時間が多少前後することがございますがご了承ください。
- ⑦ サービス期間中、当事業所のヘルパーが同行研修する場合がございますのでご了承ください。
- ⑧ お客さまのご希望に沿ってヘルパーを決めておりますが固定ヘルパーご希望の場合、必ずしもご希望に添えない場合がございます。やむを得ずヘルパーが変更する場合がございますのでご了承下さい。
- ⑨ 誠に恐縮ではございますが、お茶・お菓子などの心遣いはご遠慮下さい。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当事業所職員がお伺いいたします。訪問介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(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。
- 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、双方の通知がなくても、自動的にサービス終了します）
 - ・ お客様が介護保険施設に入所した場合

- ・ 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、非該当〔自立〕又は要支援と認定された場合 ※この場合、条件を変更して再度契約することができます。
- ・ お客様が亡くなられた場合

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、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払いを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10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、当事業所により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

(3) 事故発生時の対応

利用者に対する指定訪問介護のサービス提供により事故が発生した場合は、区市町村、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。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ないます。

6 当事業所の訪問介護サービスの特徴など

事 項	有無	備 考
ホームヘルパーの変更の可否	有	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	有	希望される方はお申し出ください
従業員への研修の実施	有	1ヶ月に1回全体研修があります
サービスマニュアルの作成	有	

7 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、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をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
主治医への 連絡基準		

8 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無 有 無

直近の実施日	
評価機関名称	
評価結果の開示	

9 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所お客様相談・苦情窓口

担当 苦情受付責任者 電話 0284-22-3662

(2) その他（当社以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。）

事業者

株式会社 天の川

群馬県伊勢崎市中央町14番地1

代表取締役 長岡 大次郎 印

事業所

訪問介護ステーション 天の川きらら

説明者 田沼 孝之 印

(指定番号 0970203642 栃木県)

上記の内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者氏名 印

代理人氏名 印