

介護保険外自費による訪問介護
重要事項説明書

利用者： _____ 様

事業者： 訪問介護ステーション ドルチェ

介護保険適用外自費サービス重要事項説明書

[平成30年 3月 1日現在]

1、訪問介護ステーション ドルチェ 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 ドルチェ
所在地	神奈川県横浜市旭区上川井町169番
介護保険指定番号	訪問介護及び介護予防訪問介護 (神奈川県 1473201927 号)
サービスを提供する地域	横浜市旭区、緑区、瀬谷区、保土ヶ谷区

※ 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～日	午前9:00～午後6:00
-----	---------------

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	介護福祉士 (サービス提供責任者兼務)	1名	0名	1名
サービス提供責任者	介護福祉士	2名	0名	2名
サービス従業者	訪問介護員養成研修2級修了者、介護福祉士他	7名	6名	15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) 深夜(22:00～6:00)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、ご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。

2、サービス内容

(1) 身体介護

- ① 食事介助 ・ 入浴介助 ・ 排泄介助 ・ 清拭 ・ 体位変換等
- ② 付添い介助 ・ 散歩 ・ 行楽 ・ 観劇 ・ 映画鑑賞 ・ 墓参り ・ 外出される際の付添い介助
- ③ 通院付き添い (公共交通機関を使用し、通院の付き添いや薬の受取等)
- ④ 入退院支援 (入退院時の準備や付き添い・入院中の見守り)

(2) 生活援助

- ① 買物代行
- ② 家事援助 (調理・後片付け・掃除・洗濯・布団干し・ペットのお世話・庭の手入れ等)
- ③ 見守り支援

3、利用料金

(1) サービス利用料金

身体介護

30分 1,650円(税別)

以降30分増すごとに1,650円(税別)

生活援助

30分 1,350円(税別)

以降30分増すごとに1,350円(税別)

- ※ 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。
- ※ 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とします。
- ※ やむを得ない事情で、且つご利用者の同意を得て、サービス従業者2人で訪問した場合は2人分の料金をいただきます。

(2) 交通費

前記1頁、2の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

サービスを提供する地域以外にお住まいの方は、サービス従業者がお尋ねするための交通費の実費をいただきます。

※指定地域を超えてから片道概ね1km毎に150円

(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：訪問介護ステーション ドルチェ TEL 045-922-5700)

① ご利用日の前営業日の17時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時までにご連絡がなかった場合	1,500円

(4) その他

(ア) ご利用者の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、電話等の費用はご利用者のご負担になります。

(イ) 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ご利用者のご負担になります。

(ウ) サービス実施記録簿の複写物の交付をご希望の場合、経費として下記の料金をご負担ください。

複写物	一枚につき	10円
事務手数料	1回につき	500円

(エ) 料金の支払方法は、毎月月末締めとし、翌月16日までに当月分の料金を請求いたしますので、27日までにあらかじめ指定の方法でお支払いください。

(オ) 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。

(カ) 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。

(キ) ご利用者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、ご了承ください。

(ク) 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。

4. 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。当ステーション職員がお伺いいたします。契約を結び、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

① ご利用者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 当ステーション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ヶ月前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）

・ご利用者が亡くなられた場合

④ その他

- ・当ステーション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、ご利用者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、ご利用者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。
- ・ご利用者が、サービス利用料金の支払いを2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催告した日より30日以内に支払わない場合、またはご利用者やご家族の方などが、当ステーションや当ステーション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、当ステーション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

ご利用者に対する自費介護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、必要な措置を講じます。

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。

5. 当ステーション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
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	個別援助計画書の作成

6. 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				

7、感染症等の対応

サービス提供前において、感染症（インフルエンザ・ノロウイルス等）の症状がある場合には、速やかにご連絡ください。又、サービス当日において感染症等に疑いのあると事業者が判断した場合は、感染拡大防止のため必要な対応策を図り、医療機関への受診をお願いする場合があります。担当訪問介護員が発症した場合は、代替の介護員で対応させていただく場合があります。

8、サービス内容に関する苦情

- (1) 当ステーションお客様相談・苦情窓口

訪問介護ステーション ドルチェ

担当： サービス提供責任者 中務 順義 電話：045-922-5700

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

当事業所以外に、横浜市の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

担当部署	横浜市健康福祉局介護事業指導課
電話番号	045-671-4045
受付時間	月～金（祝日・年末年始は除く） 午前8時45分～12時・午後1時～午後5時

また、神奈川県社会福祉協議会に設置された「かながわ福祉サービス運営適正化委員会」においても区市町村や県と連携しながら苦情対応を行っています。

担当部署	神奈川県社会福祉協議会 かながわ福祉サービス運営適正化委員会事務局
電話番号	045-317-2200
受付時間	月～金（祝日・年末年始は除く） 午前9時～午後5時

公的団体の窓口

担当部署	神奈川県国民健康保険団体連合（国保連）
電話番号	0577-022-110（苦情専用）
受付時間	月～金（祝日・年末年始は除く） 午前8時30分～午後5時15分

9、当法人の概要

法人名称 社会福祉法人 山根会
代表者 理事長 中野 春生
法人本部所在地 神奈川県横浜市旭区上川井町3059番地
電話番号 045-921-1211
法人設立 平成17年3月15日
施設等（種別） 特別養護老人ホーム 水の郷（特別養護老人ホーム）14732012990
ショートステイ 水の郷（短期入所施設）14732013640
居宅介護支援事業所 パラダイス水の郷（居宅介護支援事業所）
1473201638
アモーレ 水の郷（住宅型有料老人ホーム）

事業者 神奈川県横浜市旭区上川井町 3059 番地
社会福祉法人 山根会
理事長 中野 春生 印

事業所 神奈川県横浜市旭区上川井町 169 番地
訪問介護ステーション ドルチェ
(指定番号 1473201927 神奈川県)

上記の内容の説明を受け、了承しました。
平成 年 月 日

利用者氏名 _____ 印

署名代行者：私は、本人の契約意思を確認し署名代行いたしました。
署名代行事由：

署名代行者氏名 _____ 印