

重度訪問介護 重要事項説明書

(令和 年 月 日現在)

1 事業者の概要

名称	株式会社サキホコレ
法人種別	株式会社
法人所在地	〒311-4141 茨城県水戸市赤塚二丁目 210 番地の 33 グリーンハイツ 102
電話番号	029-303-5286
代表者氏名	代表取締役 高橋 正紀
法人が所有する 営業所の種類・数	障害者総合支援法における指定障害福祉サービス事業所 1

2 事業所の概要

事業所の名称	ちあふる
事業所の所在地	〒311-4141 茨城県水戸市赤塚 1 丁目 2053-18 ベルハウス A 棟 102 号
事業所の電話番号	029-303-5286
サービス提供地域	水戸市
サービス提供曜日・時間	サービス提供：曜日を問わず 365 日・24 時間 営業所：土日祝日、8/13~8/15、12/29~1/3 を除く月曜~金曜・9:00~17:00
事業所番号	0810103432 (令和 7 年 4 月 1 日指定)
運営方針	サービスの受け手である利用者を主体とした障害種別や年齢を問わないサービス提供
自己評価の実施状況	適宜実施している
第三者評価の実施状況	現在実施していない

3 事業所の職員体制

職種	常勤(人)	非常勤(人)	資格等
管理者 兼 サービス提供責任者	1 名		介護福祉士 1 名
ヘルパー	2 名以上		介護福祉士 1 名 重度訪問介護従業者養成研修修了者 1 名

4 主たる対象者

特定なし

5 サービスの内容

以下の介護類型について、事業者は利用者に適切な介護を提供するものとします（該当項目にレ印）。

重度訪問介護

その他のサービス _____

6 利用料金

(1) 介護給付費支給対象サービス利用者負担額

サービスに要した費用の原則1割。月額負担額上限額については、各市町村が定めた額。

ただし、利用者の身体的理由により1人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合等であって、同時に2人のヘルパーによってサービスを提供した場合は、2人分の料金をいただきます。

※利用者の出身世帯が他の区市町村に転出する場合は、利用者負担額が変わることもありますので、あらかじめ事業者までご連絡をお願いします。

※事業者が利用者に代わり区市町村から受領した介護給付費の額については、利用者に通知します。

(2) その他の料金

項 目	金 額

(3) 交通費

当事業所の従業者がお伺いするための交通費は、以下のいずれかとします（該当の項目に丸印）。

○交通費は、いただきません。

・交通費はヘルパー1人あたり月額_____円を上限とする実費を頂きます。

・その他_____

(4) その他

利用者のお住まいでサービスを提供するために必要となる水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者にご負担いただきます。

(5) 支払方法

上記利用料金の支払いは、1か月ごとに計算し請求しますので、請求書到着後1ヶ月以内にお支払いください。支払いは、現金または振込でお願いします。

7 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

①重度訪問介護について介護給付費支給決定を受けた方で、当事業者のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡ください。当事業者のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。

②サービス利用が決定した場合は契約を締結し重度訪問介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は介護給付費支給期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。

③重度訪問介護の提供に当たっては、適切なサービスを提供するために、利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させていただきます。

(2) サービスの終了

- ①利用者が当事業者に対し1ヶ月の予告期間をおいて文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。
- ②当事業者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、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、または当事業者が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。
- ③利用者がサービス利用料金の支払いを6か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内にお支払いいただけない場合、または利用者やご家族が事業者やサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。
- ④当事業所を閉鎖または縮小する場合などやむを得ない事情がある場合、契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。この場合、契約を解除する日の30日前までに文書で通知します。

(3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

- ①利用者が施設に入所した場合
- ②重度訪問介護の介護給付費支給期間が終了し、その後支給決定がない場合（所定の期間の経過をもって終了します。）
- ③利用者が亡くなった場合

8 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

【主治医】

医療機関名	
住所	
電話番号	
主治医氏名	

【ご家族等緊急連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

9 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様がお住まいの市町村、ご家族、相談支援事業所等に連絡いたします。また、当事業所の介護サービス提供中に賠償すべき事故が発生した場合は、すみやかに損害賠償いたします。なお、当事業所は損害保険会社と損害賠償保険契約を結んでおります。

10 この契約に関する苦情・相談窓口

当事業所ご利用相談・苦情窓口

担当者	中島 正容
電話番号	029-303-5286
受付時間	土日祝日、8/13～8/15、12/29～1/3 を除く月曜～金曜・9:00～17:00

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

担当部署	
電話番号	
受付時間	

令和 年 月 日

重度訪問介護利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

(所在地) 〒311-4141

茨城県水戸市赤塚二丁目 210 番地の 33 グリーンハイツ 102

(名称) 株式会社サキホコレ

代表取締役 高橋 正紀 印

(説明者) 職名 管理者

氏名 中島 正容 印

私は契約書及び本書面により、これからサービスを受ける重度訪問介護の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

利用者

(住所)

(氏名) 印

(代理人または立会人等)

(住所)

(氏名) 印