

【別紙訪問介護重要事項説明書】

＜令和 8 年 6 月 1 日現在＞

1. 事業者

事業者の名称 社会福祉法人ジェイエー長野会
所在地 長野県長野市大字南長野北石堂町 1177-3
種別 社会福祉法人
代表者名 理事長 上原 孝義
電話番号 026-223-0533

2. 訪問介護事業所の概要

(1) 事業所の名称、所在地等

事業所名	訪問介護事業所うすだコスモ苑
事業所の所在地	佐久市臼田 8 6 番地
介護保険事業所番号	訪問介護事業 (2071701599) 平成 3 0 年 4 月 1 日指定
通常の事業の実施場所	小諸市、佐久市、南佐久郡及び北佐久郡
事業所管理者の氏名	柏木 邦夫

(2) 事業所の職員体制

区 分	常勤	非常勤	常勤 (兼務)	業務内容
管理者 (兼務)	1 名			業務統括
サービス提供責任者	1 名			サービス提供管理
訪問介護員	0 名	12 名		介護サービス
事務職員	1 名 (兼務)			庶務事務

(3) 開所日、サービスの提供時間

開所日	通年
サービスの提供時間	0 : 0 0 ~ 2 4 : 0 0

3. サービス提供責任者 氏名 篠原 由美子
連絡先 (TEL) 0267-82-2214

4. サービス内容

(1) 身体介護

・食事介助、入浴介助、清拭、洗面・整容介助、排泄介助、体位変換等

(2) 生活援助

・買物、掃除、洗濯、外出援助等

(3) その他のサービス

・散髪等

5. 利用料金

(1) 利用料

身 体 介 護 中 心		
所要時間	1 回当たりの利用料金	介護保険適用時の自己負担額 (1 割負担の場合)
20 分未満	1, 630 円	163 円
20 分以上 30 分未満	2, 440 円	244 円
30 分以上 1 時間未満	3, 870 円	387 円
1 時間以上	5, 670 円に 30 分増すごとにプラス 820 円	567 円に 30 分増すごとにプラス 82 円
夜間早朝の場合	上記金額に 25%加算	
深夜の場合	上記金額に 50%加算	

生 活 援 助 中 心		
所要時間	1 回当たりの利用料金	介護保険適用時の自己負担額 (1 割負担の場合)
20 分以上 45 分未満	1, 790 円	179 円
45 分以上	2, 200 円	220 円

(2) 加算料金

初回加算	内容	一月あたり金額
	1 回当たりの利用料金 2000 円	200 [円]

介護職員等処遇改善加算 (Ⅱロ)	内容	一月あたり金額
	所定単位数 26.6% を加算	利用単位数×26.6% [円]

口腔連携強化加算	内容	一月あたり金額
	1 月に 1 回に限り 500 円	50 [円]

(3) 訪問介護費減算

減算の種類	減算額	減算の要件
同一建物減算	所定単位数の 12/100 に相当する 単位数を減算する	事業所と同一建物等に住居する者に提供された割合が 100 分の 90 以上の場合

* 保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は一旦 1 回当たりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行します。

サービス提供証明書を後日、住所地の市町村介護保険担当窓口に出しますと、差額の払戻しを受けることができます。

(3) その他

支払方法

毎月 15 日頃までに前月分の請求をいたしますので、末日までにお支払いください。
お支払い方法は、現金、口座振替の 2 通りの中からご契約の際に選べます。

6. 事業所の運営方針等

(1) 運営の方針

利用者及び家族等の要望に沿い、適切かつ効果的な訪問介護計画を作成し、可能な限り
住み慣れた居宅で、自立した生活ができるよう支援します。

(2) サービス利用のために

- ① 訪問介護員の変更を希望される方はお申し出ください。可能な限り対応します。
- ② 訪問介護員の研修は年 1 回以上実施しています。

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、あらかじめ届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに、医師等に連絡をとる等必要な対応をします。

『緊急連絡先』

氏 名		続 柄	
住 所			
電 話 番 号			

『主 治 医』

病院又は診療所名	JA 長野厚生連 佐久総合病院
医 師 名	星野 奈津子
電 話 番 号	0267-82-3131

8. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 事業所の相談・苦情

①利用者相談・苦情担当

当事業所の訪問介護に関する相談・苦情及び訪問介護計画に基づいて提供しているサービスについての相談・苦情を承ります。

電 話 0 2 6 7 - 8 2 - 2 2 1 4

(受付時間：営業日 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 3 0 分まで)

苦情受付担当者 サービス提供責任者 篠原 由美子

②当事業所 第三者委員 三石 千恵子 由井 崇之 菊池 小百合
原田 里美 坂戸 千代子

(2) その他苦情受付機関

①市町村介護保険担当窓口

②長野県国民健康保険団体連合会 TEL 026-238-1580

③長野県福祉サービス運営適正化委員会 (0120-28-7109・026-226-2035)

9. 提供サービスの第三者評価の有無

無し

10. その他

本説明書のうち、厚生労働省が定める介護報酬単位の改定に係る利用料の変更及び事業者の軽微な変更については、別途通知により説明したものとします。

訪問介護の提供開始にあたり、利用者（代理人）に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者

所在地 長野県佐久市臼田86番地

名称 訪問介護事業所うすだコスモ苑

管理者 柏木 邦夫 印

説明者

事業所 訪問介護事業所うすだコスモ苑

サービス提供責任者 篠原 由美子

私は、契約書および本書面により、事業者から訪問介護についての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所 佐久市臼田86番地

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印