

社会生活支援サービスに関する重要事項説明書

特定非営利活動法人 在宅ケア協会
 代表幹事 大井朋子・外山誠
 東京都新宿区高田馬場 1-15-16-105
 電話 03-5273-0830 FAX 5285-7690 郵便番号 169-0075
 E-mail: zaitaku@alles.or.jp URL: http://www.zaitaku.or.jp

0.事業所名 在宅ケア協会

1.ご連絡窓口 お電話 03-5273-0830、FAX 03-5285-7690、E-mail:zaitaku@alles.or.jp
 お手紙 169-0075 東京都新宿区高田馬場 1-15-16-105

2.事業者概要 法人名 特定非営利活動法人在宅ケア協会（代表幹事 大井朋子・外山 誠）
 法人の目的 国民一人ひとりが、個人の意志に基づく最高の社会生活を実現する。
 活動・事業 普及、支援、教育、食養、調査研究、医療的ケア支援、地域活動

3.社会生活支援

自費による相談支援、月間支援、社会生活援助、および自費によるサービスと公的介護保障制度(医療保険・介護保険・障がい者総合支援法等)によるサービスを統合したサービス

4.苦情窓口責任者 大井朋子（（予防）訪問介護、居宅身体介護及び家事援助・重度訪問介護）、
 外山 誠（在宅ケア相談支援、居宅介護支援、訪問看護）
 国民健康保険連合会 03-6238-0177（9時-17時、土日祝日除く）も苦情を受付けます。

5.営業時間 24時間 365日（事務所は10時～19時／月～金）

6.休業日 なし（事務所受付時間は10時-13時、14時-17時、ただし、昼休み・夜間・土曜・日曜・11月11日、元旦等の臨時休業日は留守番電話転送で代表幹事が対応させていただきます）

7.利用料金 ⅰ) 在宅ケア相談支援料(自費)：1回（75分以内）15,000円+交通費
 ご自宅にお伺いしてご依頼主とご家族それぞれの最終到達目標についてくわしくお伺いします。家族機関について、方針と目標と計画についても確認させていただきます。制度について、お引越しについて、ケアマネジャー等についてもご相談ください。

ロ) 月間支援料(自費)：家族に頼らない訪問介護・看護体制をお引き受けするためのサービスです。いくつもの制度とたくさんの事業所を使って一体的な計画と調整と管理が必要になりますが、制度別・事業所ごとの煩雑な限度額内実績管理を代行いたします。

月間計画・実績時間数 (1日平均時間数)	186時間 (6時間/ 日)以上	248時間 (8時間/ 日)以上	310時間 (10時間/ 日)以上	372時間 (12時間/ 日)以上	434時間 (14時間/ 日)以上
月間支援料/月	14,400円	15,500円	18,600円	21,700円	24,800円
月間計画・実績時間数 (1日平均時間数)	496時間 (16時間/ 日)以上	558時間 (18時間/ 日)以上	620時間 (20時間/ 日)以上	682時間 (22時間/ 日)以上	744時間 (24時間/ 日)以上
月間支援料/月	27,900円	31,000円	34,100円	37,200円	40,300円

ハ) 公的介護保障制度：法および制度により定められた料金は別刷をごらんください。

二) 社会生活援助料（自費）：

ご利用開始時間帯	看護師・保健師	准看護師	訪問介護員
日中 8時-18時	10,000円/時	8,000円/時	2,780円/時
早朝 6時-8時; 夜間 18時-22時	12,500円/時	10,000円/時	3,480円/時
深夜 22時-6時	15,000円/時	12,000円/時	4,170円/時

長時間の外出または旅行付添い等で業務の前後または業務間に業務と連続して移動・休憩・自由行動等を含む拘束時間が発生した場合は、拘束時間12時間に対して上記1時間相当の金額（自費）を申し受けております。

（裏面もご覧ください）

8.キャンセル料金および方針

援助者が出発する前に事業所にお電話いただいた場合に限り申し受けておりません。援助者が遠方から出向く場合もございます。早めのご連絡を事務所あてにお願い申し上げます。

(表面から続く)

9.通常営業地域のご説明

豊島区、北区、板橋区、練馬区の一部（環八の内側）、新宿区の一部（大久保通りの北で明治通りの西側）です。左記以外は交通費を申し受けます。これ以外もご相談ください。

10.緊急時・事故発生時の対応

ただちに安全を確保しながら適切な処置を行い、サービス提供責任者及び管理者から依頼主、家族、訪問看護指示医等に連絡し、事業所として必要な措置を講じます。当法人の社会生活支援サービスはすべて損害賠償責任保険に加入しております。

11.手続き

ご契約に当たって社会生活支援業務委託契約書二通にご記入ご捺印割印の上、一通を所持願います。在宅ケア協会の使命、社会生活支援の三大目標、個人情報取り扱いに関する規定、医療的ケアに関する誓約事項／ご依頼主確認事項等についてご説明申し上げます。ご依頼主・対象者が一番大切にしたい具体的な社会生活目標、対象者を含む意志決定機関（家族機関）、提供開始希望日も確認させていただきます。

12.ご請求・お支払い方法

月末締め翌月10日に請求書を送付します。到着後10日以内にお支払い下さい。

20 年 月 日

上記(表面および裏面)の説明を受け、またご利用になられる指定事業所「在宅ケア協会」ご利用のご案内に記載されたすべての項目内容について理解納得しました。

印