

介護予防・日常生活支援総合事業

重 要 事 項 説 明 書

このサービスの利用は、原則として「要支援」「事業対象者」と認められた方が対象となります。

1. 事業者概要

名 称	社会医療法人 栗 山 会
所 在 地	飯田市大通1丁目15番地
代 表 者	理事長 千葉 隆一
電 話 番 号	0265-22-5150
法 人 設 立	昭和31年 4月 1日
飯田病院創設	明治36年 9月 1日

<事業所の概要>

事 業 所	指 定 年 月 日	長 野 県 知 事 指 定
社会医療法人栗山会「飯田病院」	平成11年11月11日	第0517064号
居宅介護支援「飯田病院」	平成11年 7月30日	第2070501982号
飯田病院訪問看護ステーション「たんぽぽ」	平成11年 7月30日	第2060590052号
介護老人保健施設「アップルハイツ飯田」	平成11年 7月30日	第2050580014号
飯田病院附属阿智診療所	平成11年11月11日	第2517450号
飯田病院ヘルパーステーション「すずらん」	平成12年 9月 1日	第2070500521号
通所リハビリテーション「丘の上」	平成29年10月 1日	第2010517726号

2. ご利用いただく事業所

事 業 所	飯田病院ヘルパーステーション「すずらん」
所 在 地	長野県飯田市大通1丁目30番地2
管 理 者	村 松 え り か
電 話 番 号	0265-22-5260
指 定 番 号	第 2070500521 号

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	飯田病院ヘルパーステーション「すずらん」が行う指定訪問介護は、介護保険法に基づき利用者の要介護状態の軽減、悪化の防止、または要介護状態となることの予防を念頭に、居宅において可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とします。
運営の方針	利用者の意思及び人格を尊重し、その有する能力に応じて自立した日常生活が営めるよう、入浴、排泄、食事介護及びその他生活全般にわたり援助します。

4. 職員の体制

職 種	人 数	備 考
1 管 理 者	1	
2 サービス提供責任者	2以上	訪問介護員と兼務
3 訪 問 介 護 員	5以上	サービス提供責任者を含む
4 そ の 他 の 職 員	1	事務員（兼務）

5. 営業日および営業時間

営 業 日	3 6 5 日 （但し、8月14日～8月16日・12月30日～1月3日は休日となります）
営 業 時 間	午前6時 ～ 午後8時

6. 営業の区域

営 業 区 域	飯田市（上村・南信濃を除く）及び下伊那郡地域は、高森町、喬木村、阿智村（清内路。浪合を除く）地域とします。
---------	---

7. 利用料金

訪問介護サービスは、原則として基本利用料金の1割～3割をお支払いいただきます。（本人の合計所得金額による負担割合証に記載された負担割合になります。）〔別紙料金表のとおり〕

【請求となる対象期間】

毎月1日から月末まで。

【請求書の発送】

翌月の上旬に指定された住所に郵送します。希望があればお届けします。

【支払い方法】

金融機関の口座より自動引き落としとなります。毎月20日が引き落とし指定日です。引き落とし指定日が土・日・祝日の場合はその翌日になります。

（別紙にて手続きが必要となります）

上記の方法以外をご希望の方はお申し出ください。また、請求書が届いた月の末日までにお支払いをお願いします。

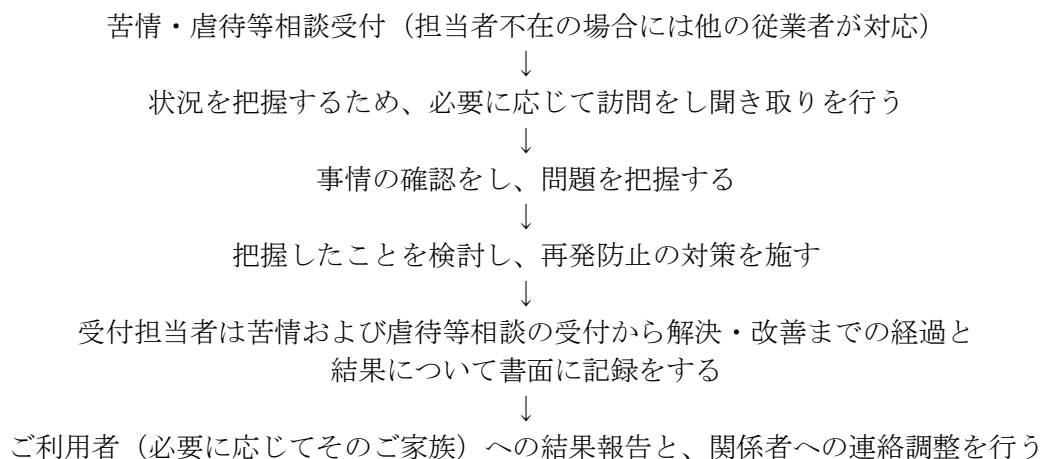
8. 苦情・相談・虐待・ハラスメント申し立ての窓口と委員会

ヘルパーステーションすずらん	担 当 者	村松 えりか
	ご利用時間	午前8時30分～午後5時30分
	電 話 番 号	0265-22-5260
	設 置 場 所	飯田市大通1丁目30番地2
飯田病院 苦情対応・改善委員会	電 話 番 号	0265-22-5150
	設 置 場 所	飯田市大通1丁目15番地
養介護事業・障害福祉サービス事業 虐待防止委員会 身体拘束適正化委員会	担 当 者	村松 えりか
	ご利用時間	午前8時30分～午後5時30分
	電 話 番 号	0265-22-5260
	設 置 場 所	飯田市大通1丁目30番地2

<外部申し立て機関>

飯田市役所 長寿支援課	電 話 番 号	0265-22-4511
	所 在 地	飯田市大久保町2534番地
長野県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係	電 話 番 号	026-238-1555
	所 在 地	長野市西長野町143番地8

<苦情および虐待等相談の手順>



9. 緊急時の対応

訪問時、ご利用者に異常があったときは下記の手順で行います

対 応 方 法	・ ご利用者の主治医へ連絡し医師の指示に従います。 ・ 緊急連絡先に連絡します。
主 治 医	医療機関名： 医 師 名： 電 話 番 号：
緊急連絡先	(氏 名) (続柄・関係)
	(電 話)

10. 協力医療機関

名 称	社会医療法人栗山会 飯 田 病 院
電 話 番 号	0 2 6 5 - 2 2 - 5 1 5 0 F A X 0 2 6 5 - 2 2 - 3 9 8 8

11. 第三者評価の受審状況等

第三者評価実施の有無 無

12. 災害時の対応について

災害が発生した場合、あるいは予告された場合は国, 県, 市町村の発令に従うと共に、当事業所内でBCP（業務継続計画）に基づき訪問の有無を判断、あるいは時間変更などの対応をさせていただきます

災害発令でなくとも、天候によって同様の対応をする場合があります

13. 感染症の対応について

感染症による警報が発令した場合は、BCP（業務継続計画）に基づき予防等対策をとると共に、当事業所内で訪問の有無を判断、あるいは時間変更などの対応をさせていただきます

警報等がなくても感染状況により、同様の対応をする場合があります

【説明者】

内容の説明をしました

説明年月日 年 月 日

飯田病院ヘルパーステーション「すずらん」

氏 名 _____

【利用者】

内容に同意し、交付を受けました

同意年月日 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____

利用者代理人(利用者との関係)

住 所 _____

氏 名 _____

(続柄)

(別紙)

【利用料金表】

(負担割合別)

サービス内容		1 割負担	2 割負担	3 割負担
訪問型独自サービス				
	(Ⅰ) 週 1 回程度利用	1176 円/月	2352 円/月	3528 円/月
	(Ⅱ) 週 2 回程度利用	2349 円/月	4698 円/月	7047 円/月
	(Ⅲ) 週 2 回を超える程度	3727 円/月	7454 円/月	11181 円/月

※ (Ⅲ) は要支援 2、事業対象者の方のみ利用可能

※ 介護職員処遇改善加算 (Ⅲ) 18.2% が上乗せになります

★利用料金は、実際にサービスに要した時間でなく、訪問介護計画に基づいて決定されたサービスを行うために必要な時間により、算定されます。

★本人の合計所得金額による負担割合証に記載された負担割合になります。

★上記のほか次の追加料金が発生する場合があります

- ・最初の訪問等で一定の条件を満たした場合(初回加算 200 単位/月)
- ・利用者の生活機能向上を目的としたサービスを行う場合で専門職との連携を図るなど一定の条件を満たした場合(生活機能向上連携加算(Ⅰ)100 単位/月、生活機能向上連携加算(Ⅱ)200 単位/月)

★利用料は、引き落とし方法でお支払いください。ただし、他の方法をご希望の方はお申し出ください