

訪問介護

重要事項説明書

このサービスの利用は、原則として「要介護」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 | 林 めぐみ |
| 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 1 4 日～8 月 1 6 日・1 2 月 3 0 日～1 月 3 日は休日となりますが、緊急の場合は対応します。） |
| 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）及び下伊那郡高森町、同喬木村、同阿智村（清内路・浪合を除く）とする。 |
|---------|--|

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】

翌月の月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 2 0 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. キャンセル料金

予定されている訪問介護サービスをキャンセルする場合には、以下の通りキャンセル料金をいただきます。（〔別紙料金表〕のとおり）

キャンセル料金は、利用料の支払い方法によって対応させていただきます。

※体調不良などやむを得ない場合は、この限りではありません

※サービス開始時間が 8:00 以前、または 18:00 以降の場合は 25% 上乗せになります。

※キャンセル料金は訪問予定の前日 17 時 30 分以降にキャンセルの連絡があった場合に発生します

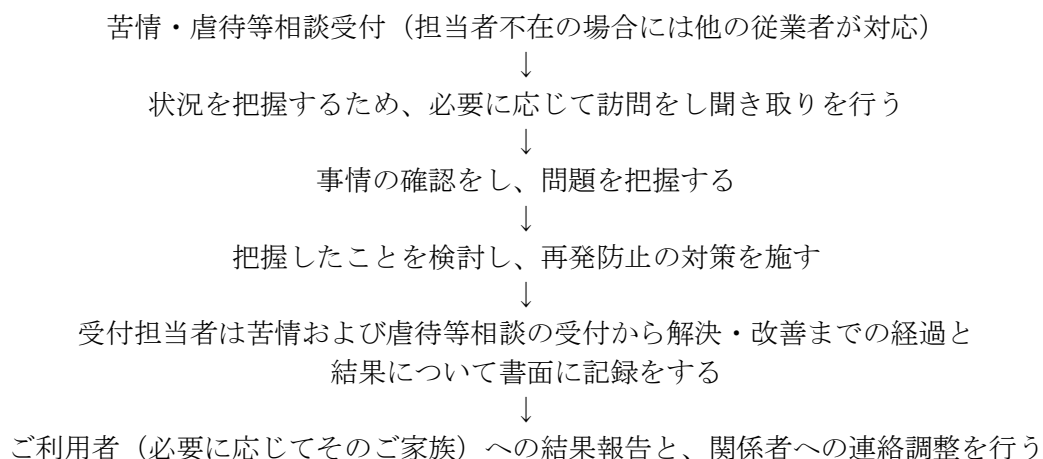
9. 苦情・相談・虐待・ハラスメント申し立ての窓口と委員会

| | | |
|---|---------|-------------------------|
| ヘルパーステーションすずらん | 担 当 者 | 林 めぐみ 熊崎 由香 |
| | ご利用時間 | 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 |
| | 電 話 番 号 | 0 2 6 5－2 2－5 2 6 0 |
| | 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 | 0 2 6 5－2 2－5 1 5 0 |
| | 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 | 林 めぐみ 熊崎 由香 |
| | ご利用時間 | 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 |
| | 電 話 番 号 | 0 2 6 5－2 2－5 2 6 0 |
| | 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 | 0 2 6 5－2 2－4 5 1 1 |
| | 所 在 地 | 飯田市大久保町 2 5 3 4 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 | 0 2 6－2 3 8－1 5 5 5 |
| | 所 在 地 | 長野市西長野町 1 4 3 番地 8 |

<苦情および虐待等相談の手順>



10. 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 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) <div> <div>携帯</div> <div>自宅</div> </div> |

1 1. 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 6 |

12. 第三者評価の受審状況等

第三者評価実施の有無 無

13. 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

14. 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】

(1 単位=10 円)

| サービス内容 | 単位数 | 費用総額 | 利用者負担 (1 割負担) | キャンセル料金 |
|---|-----|---------|------------------|------------------------------|
| 身体介護 | | | | |
| 20 分未満 | 179 | 1,790 円 | 179 円 | 800 円 |
| 〃 (2 割 5 分増し) | 224 | 2,240 円 | 224 円 | 1,100 円 |
| 20 分以上 30 分未満 | 268 | 2,680 円 | 268 円 | 1,300 円 |
| 〃 (2 割 5 分増し) | 336 | 3,360 円 | 336 円 | 1,600 円 |
| 30 分以上 1 時間未満 | 426 | 4,260 円 | 426 円 | 2,100 円 |
| 〃 (2 割 5 分増し) | 532 | 5,320 円 | 532 円 | 2,600 円 |
| 1 時間以上 1 時間 30 分未満 | 624 | 6,240 円 | 624 円 | 3,100 円 |
| 〃 (2 割 5 分増し) | 780 | 7,800 円 | 780 円 | 3,900 円 |
| 3 時間以上の場合 921 単位に 3 時間から計算して 30 分を増すごとに 83 単位を 加算 ※夜間、早朝は 2 割 5 分増し | | | | 費用総額 10 割の約半額 |
| 生活援助 | | | | |
| 45 分未満 | 197 | 1,970 円 | 197 円 | 900 円 |
| 〃 (2 割 5 分増し) | 246 | 2,460 円 | 246 円 | 1,200 円 |
| 45 分以上 | 242 | 2,420 円 | 242 円 | 1,200 円 |
| 〃 (2 割 5 分増し) | 303 | 3,030 円 | 303 円 | 1,500 円 |
| | | | | 1 時間を超え 15 分毎に 300 円加算 |
| 混 合 型 | | | | |
| 身体 30 分未満+生活 45 分未満 | 340 | 3,400 円 | 340 円 | 1,700 円 |
| 〃 (2 割 5 分増し) | 425 | 4,250 円 | 425 円 | 2,100 円 |
| 身体 30 分未満+生活 70 分未満 | 411 | 4,110 円 | 411 円 | 2,000 円 |
| 〃 (2 割 5 分増し) | 515 | 5,150 円 | 515 円 | 2,500 円 |
| 身体 60 分未満+生活 45 分未満 | 497 | 4,970 円 | 497 円 | 2,400 円 |
| 〃 (2 割 5 分増し) | 622 | 6,220 円 | 622 円 | 3,100 円 |
| 身体 60 分未満+生活 70 分未満 | 569 | 5,690 円 | 569 円 | 2,800 円 |
| 〃 (2 割 5 分増し) | 711 | 7,110 円 | 711 円 | 3,500 円 |

※上記一覧以外のサービスもございます

| | |
|------------------|------------------------|
| 通常の事業の実施地域以外の交通費 | 走行距離 1 キロメートルにつき 5 0 円 |
|------------------|------------------------|

※利用者負担は 1 割を示しています

※サービス内容の時間は所要時間を示しています

※夜間（18 時～22 時）または早朝（6 時～8 時）の場合 2 割 5 分増し

※訪問介護員 2 名で行う場合 2 人分

※介護職員処遇改善加算（Ⅲ） 18.2 % が報酬単価に上乘せになります

※キャンセル料金は、報酬金額の半額となります。ただし、十の位以下は切り捨てとなります

※ご自宅に到着してからのキャンセルは、1 キロメートルにつき 5 0 円の交通費を頂きます

★上記のほか次の追加料金が発生する場合があります

- ・最初の訪問で一定の条件を満たした場合(初回加算 200 単位/月)
- ・利用者等からの要請により一定の条件を満たし、緊急にサービスを行った場合(緊急時訪問介護加算 100 単位/回)
- ・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)

★提供を受ける訪問介護サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料の全額をお支払いいただきます

★毎月上旬に、サービス提供日、当月の利用料等の内訳を記載した利用料明細書を請求書に添付して、持参または送付します