

介護予防訪問介護相当サービス 重要事項説明書

松本西訪問介護ステーション サテライト 安曇野北訪問介護ステーション

令和6年6月1日改正

運営方針

高齢の方、心身に障がいのある方が家庭において機能の保持、増進、回復をはかり、より快適な生活を維持できるよう、家事、介護の両面より支援致します。事情の実施にあたっては、関係機関との線密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。

当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話番号	0263-33-6400
------	--------------

訪問介護ステーションの概要

事業所名	松本西訪問介護ステーション (サテライト 安曇野北訪問介護ステーション)
所在地	松本市城西1-9-2
事業所番号	2070200510
サービスを提供する地域	松本市・安曇野市

職員体制

管理者	社会医療法人 城西医療財団 降旗 良美
職員	サービス提供責任者1名 訪問介護員3名以上

営業日及び営業時間

営業日 営業時間	月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時15分 (ただし、祝日、8月15・16日、12月29～1月3日までを除く) ※営業日、営業時間外にご希望の場合はご相談下さい。
-------------	---

サービスの内容：食事介助・入浴介助・排泄介助・体位変換・更衣介助
服薬介助・自立生活支援の為の見守り・買い物・調理・清掃・洗濯・薬の受け取り・ベットメイク 等

料金表 (単位)

介護度	内容	1月につき
要支援 1・2 日常生活支援	週1回程度	1,176
	週2回程度	2,349
総合事業対象者	週2回を超える程度 (要支援2のみ)	3,727

初回加算 200

サービス提供責任者が、初回若しくは初回月、過去2月(暦月)の利用実績がない場合におけるサービス提供または同行を行った際に加算いたします。

生活機能向上連携加算（Ⅰ） 100

生活機能向上連携加算（Ⅱ） 200

（Ⅰ）リハビリテーション専門職及び医師からの助言を受けることができる体制を構築し、そのうえで生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成した場合に加算いたします。

（Ⅱ）リハビリテーション専門職と同行訪問し、共同の訪問介護計画を作成した場合に加算いたします。

介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）

※総単位数に18.2%を乗じて単位数を算定いたします。

○自己負担額

合計単位数に地域単価 10.21 円を乗じた金額のうち介護保険負担割合証に記載された利用者負担の割合分を負担して頂きます。

○交通費

指定サービス地域にお住まいの方は無料。それ以外の地域にお住まいの方は10km毎100円。

○利用料金のお支払いについて

毎月およそ10日前後に前月分の請求額がでます。現金払い、八十二銀行口座からの引き落とし、2通りからお選びいただけます。お支払いが確認できましたら領収書をお渡しいたします。

○その他

健康上やご都合でサービスを中止・変更する場合は前もってご連絡ください。都合のつく限り振替サービスいたします。介護支援専門員への連絡が必要となります。お客様のお住まいで、サービスを提供するために使用する水道、ガス電気等の費用は、お客様のご負担になります。

○緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化及び事故等があった場合は、事前の打ち合わせにより、親族、主治医、救急隊、居宅介護支援事業者、市町村等に連絡します。

○虐待の防止

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、虐待防止に関する責任者を選定するなど体制を整備し、さらに虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

虐待防止に関する責任者

管理者

降籬 良美

○秘密保持

事業者及びその従業員は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

○個人情報の保護

利用者の個人情報を含むサービス計画、各種記録等については、関係法令及びガイドライン等に基づき個人情報の保護に努めるものとします。また、予め明示した範囲及び法令等の規定に基づく場合を除いて、事前に本人の同意を得ることなく個人情報を外部に提供しません。

○サービス内容に関する相談・苦情窓口

社会医療法人城西医療財団 電話番号 0263-33-6400 担当：降籬良美

松本市健康福祉部高齢福祉課 電話番号 0263-34-3213

安曇野市福祉部高齢者介護課 電話番号 0263-71-2472

長野県国民健康保険団体連合会 電話番号 026-238-1580

○第三者評価の受審状況等

第三者評価の実施 有 無

実施した直近の年月日 ()

実施した評価機関の名称 ()

評価結果の開示状況 ()

利用者に対して本書面に基づき重要事項を説明しました。

事業者：：松本市城西 1-9-2 社会医療法人 城西医療財団 理事長 関 健 印

松本西訪問介護ステーション サテライト安曇野北訪問介護ステーション

管理者 降籬 良美 印

説明者 降籬 良美 印

本書面により事業者から重要事項の説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

ご本人（利用者） 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印（続柄： _____）