

居宅介護 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10月1日改定

運営方針

福祉法の理念に添って、利用者が心身ともに健やかに育成され又その有する能力に応じ自立した日常生活ができるよう支援することを基本に、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
所在地	松本市城西1-9-2
事業所番号	2010200380
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、営業時間外にご希望の場合はご相談下さい。

営業日	月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時15分
営業時間	(ただし、祝日、8月15・16日、12月29～1月3日までを除く)

サービスの内容

身体介護中心型	食事介助・入浴介助・排泄介助・更衣介助・服薬介助等
生活援助中心型	買い物・調理・清掃・洗濯等
通院等介助	身体介護を伴う場合・身体介護を伴わない場合

利用料金

1. 上記サービスにかかる利用料金に対しては、介護給付費が支給されます。当事業所が代理受領いたします。

初回加算 サービス提供者が、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。

2人の訪問介護員により訪問を行った場合 1人の訪問介護員による介護が困難と認められる場合等で、利用者様の同意のもと2人の訪問介護員でサービスを提供した場合に2倍の利用者様負担額をいただきます。

2. **特定事業所加算（Ⅱ）** 基本単位数に10%加算いたします。

3. **福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）**

利用者負担額

1ヶ月あたりサービス利用にかかる利用者負担については、原則1割ですが、所得に応じて市町村が定めた利用者負担上限月額を上限としています。

交通費

指定サービス地域にお住まいの方は、無料です。それ以外の地域にお住まいの方は、10km毎100円となります。公共交通機関、タクシーを利用した場合は、実費を徴収させていただきます。

利用の中止、変更、追加

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
----------------------	----

利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	自己負担相当額
-----------------------	---------

○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、市町村等に連絡します。

連絡先⇒松本西訪問介護ステーション 0263-39-1391 (月～土曜日 8:30～17:15)

○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。

○研修体制

資質向上のために、新規に採用したすべての従業員に対し、熟練した従業員の同行を実施しています

○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 降籬良美
 松本市 障がい福祉課 電話番号 0263-34-3212
 安曇野市 福祉課障がい福祉担当 電話番号 0263-71-2251
 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 ()

令和 年 月 日

上記の内容を説明致しました。

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

私は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： _____）