

介護予防訪問介護・日常生活支援総合事業（従来型）

重要事項説明書

〈 年 月 日 現在〉

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 0285-40-7770(代) (8:30~17:30)

担当 小笠原 和歌子

※ご不明な点はお尋ね下さい。

2 概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	医療法人小金井中央病院 訪問介護ぬくもり
所在地	栃木県下野市小金井1丁目14番3
介護保険指定番号	訪問介護 (栃木県 0962390050号)
サービスを提供する地域	下野市

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(2) 職員体制

	常勤	非常勤	業務内容	計	
管理者	1名	名	サービス管理全般	1名	
サービス提供責任者	3名	名		3名	
従業者	介護福祉士	4名	日常介護業務	4名	
	1~2級修了者	名	3名	日常介護業務	3名
	3級修了者	名	名		名

(3) サービスの提供時間帯

営業日 年中無休

営業時間 午前7時~午後9時

3 サービス内容

(1) 生活支援援助

- ・買物・・・食材、生活必需品
- ・調理・・・普通食
- ・掃除・・・居室、台所、浴室、トイレ、廊下等の生活範囲内
(大掃除になる掃除は行えません)
- ・洗濯・・・洗う、干す、取り込む、たたむ、しまう
※その他の家事援助は、相談・依頼によります。

(2) 身体介助

※身体介助に伴う見守りは、相談・依頼によります。

(3) その他のサービス

- ・介護相談・・・相談・助言
※その他のサービスは、相談・依頼によります。

4 利用料金

(1) 介護予防訪問介護費 従来型 (1割負担及び2割負担、3割負担)

- ① 訪問型サービスⅠ〈週1回の利用が必要な場合〉
 - ・要支援①・要支援② 1, 117単位/月
- ② 訪問型サービスⅡ〈週2回の利用が必要な場合〉
 - ・要支援①・要支援② 2, 349単位/月
- ③ 訪問型サービスⅢ〈週3回の利用が必要な場合〉
 - ・要支援② 3, 727単位/月

※他に、初回加算、地域区分の対応があります。(別紙1参照)

(2) その他

- ① 利用者のお住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用は利用者のご負担になります。
- ② 料金のお支払い方法
毎月20日までに、料金を記入した封筒をお渡ししますので、そちらにお金を入れ、お支払い下さい。お支払い頂きますと、領収証を発行します。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、介護支援専門員へご相談下さい。介護支援専門員から連絡を頂き次第、当事業所職員がお伺い致します。

(2) サービスの終了

- ① 利用者のご都合でサービスを終了する場合
サービスの終了を希望する日の7日前までにお申し出下さい。
- ② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合がございます。その場合は、終了30日前までに文書で通知致します。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了致します。

- ・利用者が施設等に入所した場合・・・入所日の翌日
- ・利用者がお亡くなりになった場合・・・死亡日の翌日

④ その他

当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、また当事業所が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することが出来ます。

利用者がサービス利用料金の支払いを30日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15日以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させて頂く場合がございます。

利用者の都合で、サービス利用のキャンセルをする場合は、訪問予定時間の1時間前までに介護支援専門員又は当事業所に連絡下さい。

利用者・ご家族の緊急時により連絡が出来なかった場合を除いて、上記の時間までに連絡がない場合はキャンセル料として、利用料相当分(実費税別)と交通費(200円税別)を頂きます。

6 当社の訪問介護サービスの特徴等

いつでも、どこでも、誰にでも、利用者のニーズに基づいて速やかに対応していくことをモットーに、ご利用しやすい質の高い在宅ケアを提供させて頂きます。

7 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご親族、居宅介護支援事業者等へ連絡を致します。

① 自宅に家族がいる場合

- ・ご家族より主治医へ連絡して頂き指示を得る。

② 自宅に家族がない場合

- ・当事業所に連絡し状況を説明し、当事業所からご家族・介護支援専門員等に連絡し指示を得る。
- ・指示により必要時は救急車の手配をする。

8 事故発生時の対応

利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合には事務所から連絡を受け市町、ご家族等に連絡を行い必要な対応をしていきます。また、その状況及び一連の過程について過程支援として記録させて頂きます。

9 虐待の防止について

利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を予防するため、次にあげるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者を選定しています。
- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果についてサービス従業者の周知徹底を図っています。
- ③ 虐待防止のための指針を整備しています。
- ④ 従業者に対して、虐待を防止するための研修を実施しています。
- ⑤ サービスの提供中に、当該サービス従業者又は養護者(現に養護しているご家族・ご親族等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町に通報します。

10 サービス内容に関する苦情

- ① サービス相談窓口 担当：小笠原 和歌子
電話：0285-40-7770(代) FAX：0285-40-7775
(受付時間 月曜日～土曜日 8：30～17：30)
- ② 上記以外に、国民健康保険団体連合会、市の相談・苦情窓口等に伝えることができます。
 - ・国民健康保険団体連合会(介護保険課)
電話：028-643-5400 FAX：028-643-5411
 - ・下野市役所(高齢福祉課)
電話：0285-32-8904 FAX：0285-32-8602

11 第三者評価の実施状況について

実施の有無 → 無

年 月 日

訪問介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 栃木県下野市小金井1丁目14番3

名称 医療法人小金井中央病院

訪問介護ぬくもり

代表者 理事長 田中 昌宏 印

説明者

氏名 印

私は、本書面により、事業者から訪問介護についての重要要綱の説明を受けました。

利用者

氏名 印

住所

(代理人)

氏名 印

住所

別紙 1

- ・初回加算
利用初回月に、200単位を加算します。
- ・地域区分
下野市：7級地 上乗せ割合3%（10.21円）を加算します。