

野村病院ヘルパーステーション「ながつか」 自費介護サービス重要事項説明書

あなたに対する別紙自費サービス契約書第1項に定める「自費介護サービス」の提供にあたり当事業所が説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1 事業所概要

開設者名称	医療法人 メディカルパーク
主たる事務所の所在地	広島市安佐南区祇園2丁目42番14号
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 寺山弘志
電話番号	082-875-1111

2 ご利用事業所

利用事業所の名称	野村病院ヘルパーステーション「ながつか」
指定番号	3470208442
所在地	広島市安佐南区祇園2丁目42番14号
電話番号	082-832-5677

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	適正な「自費介護サービス」を提供することにより、利用者が居宅における安定した日常生活が維持できるような在宅支援を行います。
運営の方針	私たちは利用者に対し、明るい笑顔、言葉かけなど、常に思いやりの「こころ」を持ち、ご家族や地域の協力をいただき、利用者の自立に向けた「自費介護サービス」を提供します。

4 提供するサービスの内容

- ①身体介護
食事介助・入浴介助・排泄介助・服薬介助など
 - ②家事支援
ゴミ出し・掃除・洗濯・布団干し・買い物代行・庭の手入れなど
 - ③付き添い介助
散歩・墓参り・病院見舞い・美容院・通院の付き添いなど
 - ④入退院支援
入院時・退院時の準備や付き添いなど
 - ⑤見守り支援
ご自宅へお伺い様子確認や見守りなど
- ※その他お困りのこと、なんでもご相談ください。

5 「自費介護サービス」の利用方法

「自費介護サービス」の利用に関しては**完全予約制**とし、予約については**利用希望日の3日前**までとする。
連絡先(082)832-5677 携帯電話080-2618-5705

6 営業日及び時間

営業日	月曜日～金曜日。但し、祝日、お盆(8月13日～8月15日)年未年始(12月31日～1月3日)を除く。 但し、自費介護サービス担当者が不在な場合はお断りさせていただく事があります。
営業時間	午前8時30分～午後5時30分までとする。但し、利用者の希望に応じてサービス提供を実施させていただきます。

7 「自費介護サービス」の利用料金

1 「自費介護サービス」を提供した場合、利用料は次のとおりとする。
 (職員1名につき。2名体制で行う必要がある場合は、ご契約者の同意のうえで
 通常利用金の2倍の料金をいただきます。)

①身体介護

身体介護30分まで2000円、以降10分毎に600円を加算

②生活支援

生活支援30分まで1500円、以降10分毎に500円を加算

③付き添い介助

付き添い介助30分まで1500円、以降10分毎に500円を加算

④入退院支援

入退院支援30分まで1500円、以降30分毎に500円を加算

⑤見守り支援

見守り支援30分まで1500円、以降10分毎に500円を加算

2 加算料金

- ・早朝加算 (午前7時～午前9時) 基本料金に25%を加算する。
- ・夜間加算 (午後5時～) 基本料金に25%を加算する。
- ・土曜日、日曜日、祝日、お盆 (8月13日～8月15日)、年末年始 (12月30日～1月3日) 基本料金に25%を加算する。

3 交通費

- ・事業に要する交通費については、原則、公共交通機関を使用し利用者より実費を徴収します。

4 キャンセル料金

- ・利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合、以下の通りキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は不要といたします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	0円
利用予定日の当日	利用者負担金の50%の額

8 利用料金の支払い

- 1 ①当事業所は、翌月の15日までに、当月の利用料金の内訳を記載した利用料明細書を作成し、請求書に添付します。
 ②利用料は、原則、銀行引き落としとさせていただきます、郵貯銀行・広島銀行は毎月20日、その他銀行・農協・信用金庫・信用組合等は毎月27日に引き落としとさせていただきます。
- 2 前項の費用の額に係る「自費介護サービス」の提供に当たっては、あらかじめ利用者又はその家族に対し、当該「自費介護サービス」の内容及び費用について説明を行い利用者の同意を得ます。

9 苦情申立窓口

ご利用ご相談窓口	ご利用時間	平日	午前8時30分～午後5時30分
	ご利用方法	電話	082-832-5677
		面接	ヘルパーステーション相談室
苦情受付担当者	担当責任者	上柳 明	藤田 愛子

10 緊急時の対応連絡方法

利用者又は主治医又は事業所の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。 また緊急連絡先に連絡いたします。		
利用者の主治医	氏名 所属医療機関の名称 所在地 電話番号	
緊急連絡先	氏名 電話番号 昼間の連絡先 夜間の連絡先	上柳 明 082-832-5677 080-2618-5705

11 事故発生時の対応について

- ① 当事業所は利用者に事故が発生した場合、利用者の家族及び利用者に係る居宅支援事業所等に対して連絡等の必要な措置を講じます。
- ② 賠償すべき事故が発生した場合には、契約書に記載の通り速やかに賠償を行うこととします。
- ③ 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じることとします。

12 禁止行為

- ①職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
- ②職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
- ③職員に対するセクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為）

私は、本書面に基づいて、ヘルパーステーション「ながつか」の職員

（職名 氏名 ） から重要事項の説明を受け、「自費介護サービスの提供を受けることに同意いたします。

また、自費介護サービスの提供の関係者に対して必要とする私（利用者本人）及び家族の個人情報を用いることについて同意致します。

令和 年 月 日

（利用者）

住 所

氏 名

印

（署名代行者）

私は、下記の理由により利用者の意思を確認したうえ上記署名を代行しました。

住 所

氏 名

印

続 柄

署名代行の理由