

【事業者控え】

国基準訪問型サービス（茅ヶ崎市）
重要事項説明書

医療法人社団 康心会
茅ヶ崎新北陵病院
茅ヶ崎新北陵訪問介護事業所

重要事項説明書（国基準訪問型サービス（茅ヶ崎市））

1. 事業所の概要

事業所名	医療法人社団康心会 茅ヶ崎新北陵訪問介護事業所
所在地	神奈川県茅ヶ崎市行谷 583-1
事業者指定番号	茅ヶ崎 1472402674 号
管理者・連絡先	氏名 内田 直輝 連絡先 医療法人社団康心会 茅ヶ崎新北陵訪問介護事業所 電話 0467-53-4111
サービス提供地域	茅ヶ崎市全域・寒川町全域・藤沢市遠藤他

2. 事業所の職員体制

職種	従事するサービス種類、業務	人員
管理者	事務管理	1名
サービス提供責任者	訪問介護	2名（介護福祉士）
ホームヘルパー（常勤）	訪問介護	4名（介護福祉士）
ホームヘルパー（非常勤）	訪問介護	1名（介護福祉士、ホームヘルパー2級）

3. 営業時間

区分	月～土	祝祭日
営業時間	8：30～17：00	電話対応

（注）年末年始（12/31～1/3）は「休業日」の扱いとなります。

月曜日～土曜日の 17：00 以降は電話対応となります。

4. サービス利用料及び利用者負担

- （1）利用者の方から頂く利用者負担金は、介護保険の介護報酬告示上の額を基に、茅ヶ崎市長の定めた報酬・単価に基づく金額です。
- （2）介護保険外のサービスとなる場合は全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には居宅サービス計画を作成する居宅介護支援専門員から説明されます。）
- （3）利用者負担金は、毎月 27 日にご指定の金融機関の口座から引き落としとなります。

5. 訪問の休みと訪問時に不在の場合の取り扱い

- (1) 訪問の休みを希望される場合は前日までにご連絡をお願いいたします。
- (2) 訪問時に不在の場合ヘルパーは15分程度待機させていただきますが、お戻りにならない場合は利用者の都合によるキャンセルとして訪問は休みとさせていただきます。

6. 当事業所のサービス方針等

- (1) 利用者が可能な限り、その居宅において自身の有する能力に応じ、自立した日常生活が営むことができるように必要な日常生活上の身体介護、生活援助及び相談援助を行なうことにより、利用者の心身機能維持並びに利用者・家族の身体的、精神的負担の軽減を図る。
- (2) 事業の実施にあたっては、関係市町村・地域の福祉・保健・医療サービスとの緊密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めることとする。
- (3) 常に利用者の立場に立って、公正中立に事業を行なう。

7. 相談窓口、苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

利用者様相談コーナー	電 話 0467-53-4111 F A X 0467-53-4113 相談員 内田 直輝 (管理者) 小林 純一・桜井 伴子 対応時間 8:30～17:00
------------	--

○公的機関においても、次の機関において苦情申し出等ができます。

市町村介護保険相談窓口	所在地 茅ヶ崎市役所 (高齢福祉介護課) 寒川町役場 藤沢市役所 電 話 0467-82-1111 (茅ヶ崎) 0467-74-1111 (寒川) 0466-25-1111 (藤沢) 対応時間 8:30～17:00
神奈川県国民健康保険団体連合会 (国保連)	所在地 横浜市西区楠町27-1 電 話 045-329-3447 対応時間 8:30～17:15

8. 当事業所の概要

名称・法人種別	医療法人社団康心会 茅ヶ崎新北陵訪問介護事業所
代表者名	大屋敷 英志枝
所在地及び連絡先	茅ヶ崎市行谷 583-1 電話 0467-53-4111 F A X 0467-53-4113
事業の概要	湘南東部総合病院・湘南東部クリニック・茅ヶ崎中央病院・茅ヶ崎新北陵病院・湘南さくら病院・伊豆東部総合病院・ふれあい町田ホスピタル・ふれあい鶴見ホスピタル・康心会汐見台病院・ 介護老人保健施設ふれあいの丘・介護老人保健施設ふれあいの渚・介護老人保健施設湘南シルバーガーデン・介護老人保健施設ヒルズ東戸塚・介護老人保健施設ふれあいの町田
事業所数	湘南健康管理クリニック・藤沢THPメディカルクリニック・訪問看護茅ヶ崎ふれあいステーション・居宅介護支援センターふれあい北口ケアセンター・茅ヶ崎市地域包括支援センターすみれ・茅ヶ崎市地域包括支援センターさくら 20カ所

サービス開始状況確認

訪問開始日 令和 年 月 日

訪問時間 : ~ :

毎週/月

訪問内容

上記の内容でホームヘルパーを訪問させていただきます。

令和 年 月 日

居宅介護サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

所在地 茅ヶ崎市行谷 583-1

事業所名 茅ヶ崎新北陵訪問介護事業所

説明者 _____ 印

重要事項の説明を受け、確認、交付した事を証明します。

利用者様 氏名 _____ 印

立会人 氏名 _____ 印