訪問介護・介護予防訪問介護重要事項説明書

平成26 年　7月　1日現在

１．当ヘルパーステーションが提供するサービスについての相談窓口

電話 0964-53-9764　　ＦＡＸ　0964-53-9765

２．ヘルパーステーション　サンフラワーの概要

（１）提供できるサービスの種類と地域

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 | ヘルパーステーション　サンフラワー |
| 所在地 | 熊本市南区城南町隈庄422 |
| 介護保険指定番号 | ４３７０１１０１８３ |
| 対象地域 | 熊本市、宇土市、宇城市、上益城郡御船町、上益城郡嘉島町、上益城郡甲佐町 |

（２）職員体制

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 資格 | 常勤 | 非常勤 | 合計 |
| 管理者 | 介護福祉士 | １名 | ０名 | １名 |
| サービス提供責任者 | 管理者兼務 | １名 | ０名 | １名 |
| 訪問介護員 | ヘルパー２級 | １名 | １名 | ２名 |

（３）サービスの提供時間帯

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 通常時間帯  8：30～17：30 | 早朝  6：00～8：00 | 夜間  18：00～22：00 | 深夜  22：00～6：00 |
| 平日 | ○ |  |  |  |
| 土曜日・祭日 | ○ |  |  |  |
| 日曜日 | ○ |  |  |  |

（１２月３０日～１月３日は休業） ※時間帯により料金が異なります。

３．サービス内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 〈通院等乗降介助〉※１   1. 安否確認   体調確認、顔色全体状態・発汗等全身観察   1. 自宅から車への乗降介助 2. 車から病院先への乗降介助、受付案内、病院関係者への引きつき 3. 病院から車への乗降介助 4. 車から自宅への乗降介助 | 〈基本〉  ①健康チェック  安否確認・顔色  全体状態・発汗  体温等  ②環境整備  換気･室温･日当たり調整  ベッド周辺整頓  屋内の安全確認  ③相談援助  介護のための情報収集  生活上の助言・情報提供  話を聞く心理的支援 | 〈身体介護〉  ①起床・就寝介助  ②排泄介助  ③衣服の着脱  ④整容（理髪を含む）  ⑤身体の清拭・洗髪  ⑥入浴介助  ⑦食事介助  ⑧体位交換  ⑨服薬管理  ⑩通院介助  ⑪移動介助  ⑫運動・ﾘﾊﾋﾞﾘ・外出介助  ⑬その他の援助 | 〈生活援助〉  ①調理・後片付け  ②洗濯  ③住居の掃除・整理整頓  ④買い物  ⑤薬の受け取り  ⑥衣服の整理・補修  ⑦ﾍﾞｯﾄﾞﾒｰｷﾝｸﾞ・布団干し  ⑧代読・代筆等  ⑨その他の援助 |

※１ 介護予防の利用者様（要支援１、要支援２）はご利用できません。

４．利用料金

（１）利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金（料金表）

の１割です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

【介護保険給付料金表 －基本料金・昼間－】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ２０分以上  ３０分未満 | ３０分以上  １時間未満 | １時間以上 |
| 身体介護 | ２，５５０円 | ４,０４０円 | ５,８７０円に所要時間１時間から計算して３０分を増すごとに８３０円を加算します。 |
|  | ２０分以上  ４５分未満 |  | ４５分以上 |
| 生活援助２ | １，９１０円 | 生活援助３ | ２,３６０円 |
| 通院等乗降介助 | １，０１０円/１回 | | 距離制運賃　３ｋｍ迄　２００円  以降１ｋｍ毎に  １００円加算 |
| 初回加算 | ２,０００円（初回又は２ヶ月以上経た再開月および緊急時、上記に加算） | | |

処遇改善加算（Ⅰ）所定単位数に４．０％を乗じた単位数が加算されます。

※　身体介護の訪問介護を行った後に引き続き２０分以上の生活援助中心の訪問介護を行ったときは、「身体介護」の料金にかかわらず、「身体介護」の料金に生活援助中心の訪問介護の所要時間が２５分を増すごとに７００円を加算します。

※基本料金に対して、早朝（午前６時から午前８時）・夜間（午後６時から午後１０時）帯は、２５％増し、深夜（午後１０時から午前６時）は５０％増しとなります。

※上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者様の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。

※やむを得ない事情で、かつ、利用者様の同意を得て２人で訪問した場合は、２人分の料金となります。

【介護予防給付料金表】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 要介護区分 | 身体介護・生活援助  が週１回程度の  利用が必要な場合  介護予防訪問介護Ⅰ | 身体介護・生活援助  が週２回程度の  利用が必要な場合  介護予防訪問介護Ⅱ | 身体介護・生活援助  が週３回以上の  利用が必要な場合  介護予防訪問介護Ⅲ |
| 要支援１ | １２,２６０円 | ２４,５２０円 |  |
| 要支援２ | １２,２６０円 | ２４,５２０円 | ３８,８９０円 |
| 初回加算 | ２,０００円（初回又は２ヶ月以上経た再開月および緊急時、上記に加算） | | |

処遇改善加算（Ⅰ）　所定単位数に４．０％を乗じた単位数が加算されます。

※ 料金設定は月額制となっています。ただし、月途中で契約、サービス提供を行った場合は、該当月の料金は日割り計算した額となります。

※ 上記の料金設定の基本となる利用回数は、利用者様の介護予防サービス計画を基に作成した介護予防訪問介護計画の目標を達成するための必要回数を基準とします。

（２）交通費

前記２の（１）のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方はご相談下さい。

（３）キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡下さい。（連絡先 電話0964-53-9764）

|  |  |
| --- | --- |
| ご利用日の前日午前５時までにご連絡いただいた場合 | 無 料 |
| 当日キャンセル | 要相談 |

（４）その他

①利用者様の住まいで、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様のご負担になります。

②料金のお支払方法

・毎月１０日までに前月分の請求をいたしますので、 ２０日までにお支払い下

さい。お支払いいただきますと、領収書を発行します。

・お支払い方法は、原則として現金集金とさせていただきます。

５．サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込み下さい。当事業所職員がお伺いいたします。

訪問介護計画又は介護予防訪問介護計画を作成と同時に契約を結び、サービの提供を開始します。

※居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

（２）サービスの終了

①利用者様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１週間前までに文書でお申し込み下さい。

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いただく場

合がございます。その場合は、終了１か月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

・利用者様が介護保険施設に入所した場合

・介護保険給付でサービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が、非該当

（自立）と認定された場合

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

・利用者様がお亡くなりになった場合

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、守秘義務に反した場

合、利用者様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、

または当事業所が破産した場合、利用者様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できます。

・利用者様がサービス利用料金の支払いを２か月以上遅延し、料金を支払うよ

う催告したにもかかわらず、３０日以内に支払わない場合、または利用者様

やご家族などが当事業所や、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いただく場合がございます。

６．当事業所の訪問介護サービスの特徴等

（１）運営の方針

・事業所の訪問介護員等は、要介護者等の身体の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営む事ができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他生活全般にわたる援助を行う。

・事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービス提供に努めるものとする。

（２）サービス利用のために

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事項 | 有無 | 備考 |
| ホームヘルパーの変更可否 | 有 | 変更を希望される方はお申し出下さい |
| 男性ヘルパーの有無 | 有 |  |
| 従業者への研修の実施 | 有 | 年１２回実施 |
| サービスマニュアルの作成 | 有 |  |

７．緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体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、親族、居宅介護支援事業所等へ連絡をいたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主治医 | 医療機関名  主治医氏名 |  |
| 連絡先  住所・電話番号 |  |
| ご家族 | 氏名 （続柄） |  |
| 連絡先 |  |

８．サービス内容に関するご意見窓口

（１）利用者及びその家族等（以下「利用者等」という。）からのご意見等については、以下の窓口で対応します。

①　所在地　　　熊本市南区城南町隈庄422

②　事業所名　　ヘルパーステーション　サンフラワー

③　電話番号　　0964-53-9764

④　ＦＡＸ番号　0964-53-9765

1. 対応時間　　８：３０～１７：００
2. 担当者職名と氏名 　管理者　松本　直哉

⑦　上記担当者が不在のときは、他の従業者が対応し、担当者に確実に伝達します。

⑧　当法人で行う他の指定居宅サービス事業をご利用の方については、その事業の職務と兼務

しない職員が担当します。

（２）円滑かつ迅速に苦情等の処理を行うための処理体制・手順

　　・　利用者等から苦情等の申し出があった場合、まず、上記担当者が内容を伺い、下記のＡ及びＢの手順により処理します。

　　・　苦情内容及び処理経過については、苦情処理台帳として記録保存し、その後の指定通所介護の提供に活用します。

　　・　苦情等の処理は他の業務に優先して迅速に行うものとし、次回の利用時までには解決し、利用者の方が安心して指定通所介護の提供を受けられるよう最大限の努力を行います。

Ａ　　苦情を申し立てられた方に内容等説明を行うことにより、苦情がその場で解決可能なものであれば、その場で速やかに同意を得、解決を図ることとします。この場合も、必ず、管理者に報告します。

Ｂ-１　苦情がその場で解決困難なものであった場合、苦情の原因となっていることについて、利用者等からの聞き取り及び担当従業者への聞き取りにより、事実を詳細に把握します。

Ｂ-２　その後、翌日までには事業所内で検討会議を開き、本事業所が改善すべき点を整理した苦情処理策を作成し、その日のうちに利用者等に説明し同意を得ます。

Ｂ-３　上記の苦情等の内容及び経過については、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を担当している介護支援専門員（ケアマネジャー）にその都度報告し、必要な指示を受けます。

Ｂ-４　上記の流れにより苦情の処理を図った後も、利用者及び担当介護支援専門員とは常時連携を図り、同じような苦情が再発しないように十分注意して指定通所介護の提供を行います。

（３）その他のご相談窓口

　　　　熊本市役所　高齢介護福祉課

　　　　〒８６０-８６０１　熊本市中央区手取本町１番１号

　　　　ＴＥＬ　　０９６‐３２８‐２３１１

　　②　熊本県国民健康保険団体連合会　苦情相談窓口

　　　　〒８６２－０９１１　熊本市健軍１丁目１８番７号

　　　　ＴＥＬ　０９６－２１４－１１０１

ＦＡＸ　０９６－２１４－１１０５

９．当事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 名称・法人種別 | 合同会社　サンスマイル |
| 代表者役職・氏名 | 代表社員　松本　由美 |
| 所在地 | 熊本市南区城南町隈庄422 |
| 電話番号 | 0964-54-9764 |
| 定款の目的に定めた事業 | 介護保険法に基づく訪問介護事業  介護保険法に基づく介護予防訪問介護事業 |

１０．その他

サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意下さい。

（１）ヘルパーは、医療行為や年金等の金銭の取り扱いはしかねますので御了承下さい。

（買い物等に伴う小額の金銭の取り扱いは可能です。）

（２）ヘルパーは、介護保険制度上、利用者（要介護者）の介護や家事の準備等を行うこととされています。家族の方の食事準備など、それ以外の業務については介護保険外のサービスとなりますので、御了承下さい。

平成　　 年　　 月　　 日

訪問介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約及び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　熊本市南区城南町隈庄422

　　　　　　　　　　　　　名　 称 指定訪問介護事業者

ヘルパーステーション　サンフラワー

　　　　　　説明者 所属

氏名　　　　　　　　　　　 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から訪問介護についての重要事項の説明を受け、十分理解いたしました。

〈利用者〉住所

氏名　　　　　　　　　　　 印

（代理人）住所

氏名 　　　　　　　　　　　印