

訪問介護ステーション ライフスマイル弘前 重要事項説明書

障害
令和5年3月1日

1 事業所の概要

(1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	訪問介護ステーション ライフスマイル弘前
所在地	弘前市宮園3-2-54
電話番号	0172-88-7116
FAX番号	0172-88-8712
事業所番号	0270203110
サービスを提供できる地域	弘前市

※上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 当事業所の職員体制

職名	資格	常勤	計
管理者	介護福祉士	1名(兼務)	1名
サービス提供責任者	介護福祉士	1名(兼務)	1名
居宅介護員	介護福祉士・実務者研修 ・初任者研修	5名	5名

(3) 営業時間とサービスの提供時間・休業日

	早朝 (6:00~8:00)	通常時間帯 (8:00~18:00)	夜間 (18:00~22:00)
平日・土・祝日	○	○	○
日・祝日	○	○	○
営業時間	午前6:00~午後7:00		
休業日	日曜日・8月13・14日、12月30日から1月3日 (サービス提供は営業時間内、年中無休です。)		

※時間帯によって料金が異なります。

2 当事業所の居宅介護の特徴等

(1) 運営の方針

- 1 利用者の状態に沿った目標を設定し、適切な援助を計画的に行うため、サービス提供責任者と居宅介護員とはサービスの前後の情報伝達及び報告体制を綿密に行います。
- 2 当事業所は、自ら提供する介護の質の向上に努め、その改善を図ります。
- 3 サービスを懇切丁寧にいき、利用者・家族が理解しやすいように説明します。
- 4 利用者の身体の状況と要望を把握した適切なサービスに努めます。

(2) サービスの質の向上に向けて

事項	備考
従業員の研修実施	年2回以上
ヘルパーの変更の可否	変更を希望する方はお申し出ください

3 サービス内容

- (1) 身体介護 ①食事介助 ②入浴介助 ③排泄介助 ④清拭 ⑤体位変換
⑥移動・移乗介助 ⑦通院介助 ⑧その他の必要な介助 等
- (2) 生活援助 ①買い物 ②調理 ③掃除 ④その他必要な家事 等

4 利用料金

- (1) 料金表参照
- (2) 料金の支払い方法
口座自動振替方式となっております。
毎月10日までに前月分の請求書をお渡しいたします。

5 サービスの利用方法

- (1) サービスの利用開始

まずは、お電話などでお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。
居宅介護計画書作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

ア お客様の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週間前までにお申し出ください。

イ 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あります。その場合は、1か月前までに文章で通知いたします。

ウ 自動終了(以下の場合に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。)

・お客様が介護保険施設に入居した場合

・サービスを受けていたお客様の障害区分が、非該当(自立)と認定された場合

・お客様が亡くなった場合

エ その他

・お客様が、サービス利用料金の支払いを2カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合

・お客様やご家族が、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章で通知をして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 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所のお客様相談・苦情窓口

担当者 鈴木 典子

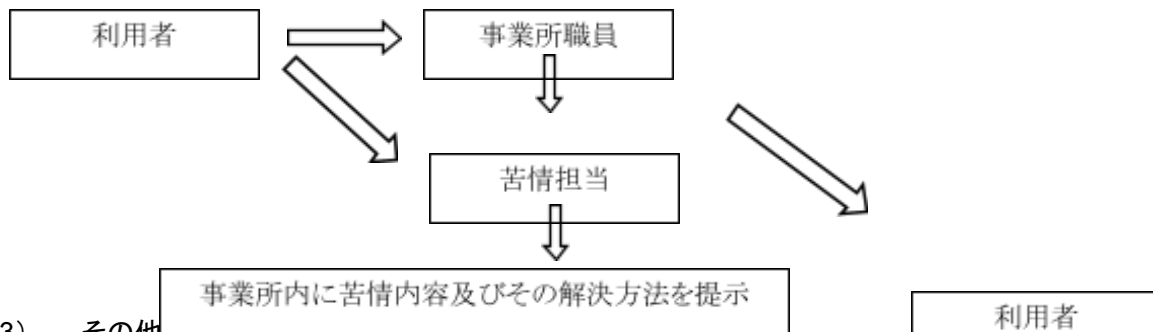
電話 0172-88-7116

受付日 年中(ただし、8月13・14日、12月30日から1月3日を除く)

受付時間 午前9時から午後5時

(2) 苦情処理体制

苦情処理の流れ



(3) その他

当事業所以外にお住いの市町村及び青森県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

ア 弘前市役所福祉政策課/障がい福祉係 0172-40-7036

イ 青森県国民健康保険団体連合会(苦情処理委員会) 017-723-1336

ウ 運営適正化委員会(青森県社会福祉協議会内) 017-731-3039

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に様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、ご家族、介護支援専門員等に連絡をいたします。

8 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は利用者に対し応急措置、医療機関への搬送などの措置を講じ、速やかに利用者がお住いの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対応を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償

いたします。(当事業所は保険会社と損害賠償責任保険契約を結んでおります。)

9 秘密の保持について

- (1) 当事業所の従業員は正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を洩らしません。
- (2) 当事業所の従業者であった者は正当な理由なくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を洩らしません。
- (3) 事業所では利用者の医療上緊急の必要がある場合は又はサービス担当者会議などで必要がある場合に限り、あらかじめ文章による同意を得た上で必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。

(同意日) 令和 年 月 日

(交付日) 令和 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、重要な事項を説明いたしました。

事業所

所在地 弘前市宮園3-2-54

名所 訪問介護ステーション ライフスマイル弘前

説明者氏名 _____ 印

私は本書面により事業所から訪問介護についての重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意します。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印

訪問介護ステーション ライフスマイル弘前 料金表

【居宅介護】

(単位)

居宅介護における身体介護	料金
(1) 30分未満	255
(2) 30分 ~ 1時間未満	402
(3) 1時間 ~ 1時間30分未満	584
(4) 1時間30分 ~ 2時間未満	666
(5) 2時間 ~ 2時間30分未満	750
(6) 2時間30分 ~ 3時間未満	833
(7) 3時間以上	30分増すごとに+83単位

【家事援助】

(単位)

家事援助	料金
(1) 30分未満	105
(2) 30分 ~ 45分未満	152
(3) 45分 ~ 1時間未満	196
(4) 1時間 ~ 1時間15分未満	238
(5) 1時間15分 ~ 1時間30分未満	274
(6) 1時間30分以上(15分増すごとに35単位)	309

【加算料金表】

(単位)

項目	負担額
特定事業所加算 (I)	総単位数に20%
特定事業所加算 (II) (III)	総単位数に10%
特定事業所加算 (IV)	総単位数に5%
介護処遇改善加算 (I)	総単位数に27.4%
介護処遇改善加算 (II)	総単位数に20.0%
特定処遇改善加算 (I)	総単位数に7.0%
特定処遇改善加算 (II)	総単位数に5.5%
夜間加算 (午後6時～午後10時)	所定の単位数に25%
早朝加算 (午前6時～午前8時)	所定の単位数に25%
2人訪問介護員による場合	所定の単位数に200%
初回加算 (2カ月サービス利用がなく再開した場合)	200/回

個人情報利用同意書

私(及び私の家族)の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画書に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所(体調を崩し又はケガ等で診察することとなった場合)

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

以上

令和 年 月 日

訪問介護ステーション ライフスマイル弘前 管理者殿

住所 _____

氏名 _____ 印

(家族)住所 _____

氏名 _____ 印

情報開示に関する記述

当事業所では、利用者・ご家族様が当事業所サービスに対する理解を深め、サービス向上を図ることを目的として記録等の開示を行っています。

開示請求の手続き

請求権者が請求書に記入し、添付書類を用意したうえ、持参いただくか、郵送にしてご提出ください(同意書や委任状は任意の様式でもかまいません)。

開示請求できる方	請求に必要な書類	
本人	利用記録開示請求書 (様式1)	—
身元引受人		本人身分証の写し (公的機関が証明してるもの)

開示請求の流れ

- ①請求書提出
- ②開示請求回答書
- ③写し費用請求(利用料に合算します)

※原則として、申請書を受理した日から起算して15日以内に開示の可否の決定を行います。

開示請求の費用

A4用紙1枚あたり10円、多色20円

閲覧請求について

閲覧を希望された場合、閲覧の日時、場所を調整する必要がありますので、請求後にこちらから日程調整の連絡をさせていただきます。

様式1

記録等開示請求書

年 月 日

訪問介護ステーション ライフスマイル弘前 管理者 様

請求人 〒 _____ 住所 _____

氏名 _____ (明治・大正・昭和・平成 年 月 日

生)

電話番号 _____ (_____) _____

次のとおり、記録等の開示を請求します。

1 開示請求に係る利用者	氏名 _____ 生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日(歳) 電話番号 () _____					
2 請求人と利用者との間柄	(1) 利用者の親族 ((利用者からみて)夫、妻、父、母、子、祖父、祖母、その他()) (2) 利用者の親権者、成年被後見人の法定代理人(証明するものを提示) (3) その他()					
3 開示を請求する内容	(1) 開示請求する期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 (2) 記録等の種類(該当する番号又は・を○で囲んでください。) 1 利用記録 2 ③ その他()					
4 開示方法	該当する番号を○で囲んでください。 (1) 閲覧 (2) 写しの交付 (3) 閲覧及び写しの交付					
5 閲覧の際に同席を希望している者	※(原則2名以内)原則として利用者本人が同席を同意している文書を添付					
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">氏名</td> <td style="width: 80%;">利用者との関係</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px dashed black; height: 10px;"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>利用者との関係</td> </tr> </table>	氏名	利用者との関係			氏名
氏名	利用者との関係					
氏名	利用者との関係					
6 備考						