

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

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	兼務の別	計	業務内容
管理者	介護福祉士	1名	あり	1名	介護従業者及び業務の管理
サービス提供責任者	介護福祉士	1名	あり	1名	利用調整・技術指導 入浴・排せつ・食事等の生活全般にわたる援助
介護従業者	介護福祉士 初任者研修他	3名 2名	あり	5名	入浴・排せつ・食事等の生活全般にわたる援助

(3) サービスの提供時間帯と休業日

営業日	月～金曜日・祝日
営業時間	午前8:30～午後4:00
休業日	土・日曜日、8月13日から14日、12月30日から1月3日

※時間帯により料金が異なります。

※早朝（6:00～8:00）、深夜（22:00～6:00）、土日のご利用につきましてはご相談ください。

2 当事業所の訪問介護及び介護予防訪問介護の特徴等

(1) 運営の方針

- ①利用者の状態によった目標を設定し、適切な援助を計画的に行います。
- 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行い、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) サービス利用のために

事項	備考
従業員の研修実施	年2回以上
ホームヘルパーの変更	変更を希望される方はお申し出ください

3 サービスの内容

(1) 訪問介護（要介護1～5の方）

①身体介護

- 食事介助・・・食事の介助
- 洗面・口腔の介助・・・洗面での歯磨き、うがいの見守りや介助を行います
- 入浴介助・・・家庭での入浴の介助、および手浴・足浴・洗髪を行います
- 身体の清拭・・・全身・部分清拭、入浴が困難な人の身体を拭く
- 身体整容 手足の爪切り・髪の手入れなどの介助
 - 体位変換・・・体位の変換を行います
- 排せつ介助・・・オムツの交換や排泄の介助
- 衣類の着脱介助・・・寝間着・下着・外出着・靴下等の着替えの介助
- 車椅子の移乗移動介助・・・車椅子等への移乗や車椅子等での移動介助
- 通院・外出介助・・・通院等の介助や買い物等による外出介助を行います
- 起床就寝介助・・・ベッド等での起き上がりや就寝の介助
- 服薬介助・・・本人が薬を飲むのを手伝う介助をします

②生活援助

- 買い物・・・利用者の日常生活に必要な物品の買い物
- 薬の受け取り・・・薬の受け取りを行います
- 調理や配膳等・・・利用者の食事の用意（その他の家族の調理は行いません）
- 掃除・環境整備・・・利用者の居室の掃除（利用者以外の居室・庭等の掃除は行いま

せん）

- 洗濯・・・利用者の衣類等の洗濯（利用者以外の衣類の洗濯は行いません）
- 衣類の整備補修・・・衣類の整理や被服の補修等を行います

③通院等乗降介助

(2) 介護予防訪問介護（要支援1、2の方）

訪問介護の生活援助のサービス内容に準ずる。

4 利用料金

(1) 別紙料金表参照

(2) 料金の支払方法

利用日毎に、そのつど現金にてお支払いいただきます。それ以外の支払方法を希望される方は相談に応じます。

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。訪問介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※ 居宅サービス計画（ケアプラン）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ください。

(2) サービスの終了

ア お客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週間前までにお申し出ください。

イ 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、1ヶ月前までに文書で通知いたします。

ウ 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しま

す）

- ・ お客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お客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・ お客様が亡くなられた場合

エ その他

- ・お客様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、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、文書で通知をして、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

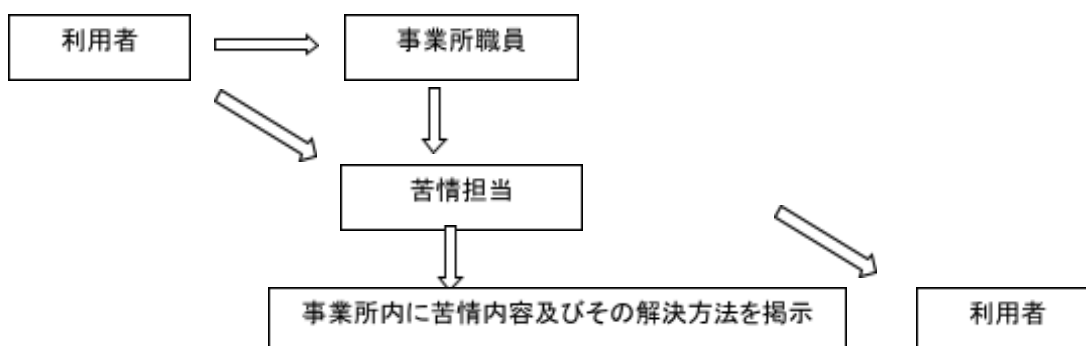
電話 0172-88-7116 FAX 0172-88-8712

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8時30分から午後4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、お住ま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 弘前市役所介護福祉課（介護事業係）

0172-40-7079

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、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

8 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者がお住まいの市町村、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策を講じます。

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) 当該事業所の従業者は、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

- を漏らしません。
- (2) 当該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漏らしません。
- (3) 事業所では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等が必要がある場合に限り、あらかじめ文書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・介護予防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。

事業所

所在地 弘前市宮園3丁目2-54

名称 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、本書面により事業者から訪問介護・介護予防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 ～

【訪問型サービス・第1号訪問事業】 (要支援1・2の方) (単位：自己負担額/円)

基本サービス利用料金表

訪問型サービス介護	負担額	備考
訪問型サービス介護費 (I)	1,176/月	週に1回程度の利用
訪問型サービス介護費 (II)	2,349/月	週に2回程度の利用

訪問型サービス介護費（Ⅲ）	3,727/月	週2回を超える程度利用
---------------	---------	-------------

※ 2回を超えての利用は、要支援2の者に限る

【訪問介護】（要介護1～5の方）（単位：自己負担額/円）

基本サービス利用料金

身体介護中心※	負担額	備考
身体介護1	250/回	20分～30分未満
身体介護2	396/回	30分～1時間未満
身体介護3	579/回	1時間～1時間30分未満
		以後30分を増すごとに80単位加算
緊急時訪問介護加算	100/回	
身体介護と生活援助が混在	料金	備考
身体介護（単位）＋生活援助1	67/回	20分～45分未満
身体介護（単位）＋生活援助2	134/回	45分～70分未満
身体介護（単位）＋生活援助3	201/回	70分以上
生活援助中心	料金	備考
生活援助2	183/回	20分～45分未満
生活援助3	225/回	45分以上

【加算料金表】

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13.7%
介護処遇改善加算（Ⅱ）	総単位数に10.0%
特定処遇改善加算（Ⅰ）	総単位数に6.3%
特定処遇改善加算（Ⅱ）	総単位数に4.2%
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	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、居宅介護支援事業者又は地域包括支援センター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、居宅介護支援事業者又は地域包括支援センター又は介護サービス事業者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) 居宅サービス計画又は介護予防サービス計画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療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。

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%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-bottom: 1px dashed black;">氏名</td> <td style="border-bottom: 1px dashed black;">利用者との関係</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				