

訪問介護・介護予防訪問介護および 生活援助サービス重要事項説明書



1 サービスについての相談窓口

電話 095-801-0690

(平日午前9時～午後5時まで ※土は午後1時まで)

2 事業所の概要

(1) 指定訪問介護事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所の名称	健友会 ヘルパーステーション
事業所の所在地	長崎市大浦町 9番 30号
事業所の電話番号	095-801-0690
介護保険指定番号	(長崎県 4270100219号・42A0101053号)
サービスを提供 する地域※	旧長崎市、旧西彼杵郡三和町、旧香焼町 地域外でもご相談ください。
営業日・時間	月曜日～土曜日 (ただし、5/1.8/9.8/15.12/30～1/3は除く) 9時～17時30分 (ただし土曜日は9時～13時)

※営業時間以外でも24時間電話対応いたします。

(2) 事業所の職員体制

	常勤	非常勤	計	
管理者 (サービス提供責任者と兼務)	1		1	職員・業務の一元管理、基準遵守の指揮命令 人事、教育、経営管理 他
サービス提供責任者 (訪問介護員兼務・1名管理者と兼務)	3以上	1	4以上	訪問介護計画の作成、登録ヘルパー指導援助 訪問介護実施状況の評価自立支援に向けた措置他
訪問介護員 (常勤はサービス提供責任者)	4以上	20	20 以上	訪問介護の提供 利用者の相談・助言の取り次ぎ 他

(3) サービスの内容

①身体介護

1 排泄介助	2 衣類の着脱	3 整容介助	4 身体的清拭・洗髪	5 入浴介助
6 食事介助	7 体位交換	8 服薬確認	9 通院・外出介助	10 その他

②生活援助

1 調理	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 衣類の入れ替えなど	7 その他	

（４）運営方針

事業を憲法 25 条の精神にもとづき「だれもが安心して暮らせる街づくり」を保障する業務として位置づけます。

利用者の人格を尊重し、事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス、地域住民又はその自発的活動との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3 利用料金

（１）利用料

介護保険の給付サービスを利用する場合は、介護保険負担割合証に記載された割合の利用料をお支払い頂きます。ただし、介護保険の給付の範囲をこえた場合は全額自己負担となります。

＜訪問介護サービス＞特定事業所加算 10%・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）24.5%含む

身体介護利用料	
20分未満	228円
20分以上30分未満	341円
30分以上1時間未満	542円
1時間以上1時間30分未満	794円
生活援助利用料	
20分以上45分未満	251円
45分以上	308円

＜介護予防訪問介護サービス＞介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）24.5%含む

介護予防訪問介護費（Ⅰ）1週1回程度	1,495円
介護予防訪問介護費（Ⅱ）1週2回程度	2,987円
介護予防訪問介護費（Ⅲ）1週3回程度	4,738円

＜その他の加算＞

訪問介護初回加算（初回のみ）280円

生活機能向上連携加算 140円

緊急時訪問加算（緊急時対応）140円

＜新総合事業＞（介護職員処遇改善加算 13.7%・特定処遇改善加算 4.2%・介護職員等ベースアップ等支援加算 2.4%含む）

週1～2回程度（1回あたり45分未満）	264円
---------------------	------

※基本料金に対してサービスの提供開始時間が次の時間帯は割り増しとなります。

早朝・夜間（6：00～8：00、18：00～22：00）は25%増し

深夜（22：00～6：00）は50%増し

<介護保険の対象とならない介護サービス(自費サービス)>

介護保険報酬に準ずる料金となります。(R6.6 現在)

身体介護	利用料	生活援助	利用料
20分以内	1900円	30分以内	1300円
30分以内	2200円	60分以内	2500円
60分以内	3900円	以降30分増すごとに	840円プラス
90分以内	5800円		
以降30分増すごとに	840円プラス		

(日曜・祝日・12/30～1/3は25%増し)

・通院時付き添い:750円/30分

(2) キャンセル料

サービス利用を中止される場合は速やかにご連絡下さい。

ご利用の24時間前までにお申し出なく中止となった場合は、キャンセル料をいただきます。

キャンセル料は1000円となります。(介護予防の方は利用料が月額制のため不要)

(3) 料金のお支払い方法

毎月10日過ぎに前月分の利用料の請求をいたします。毎月26日の口座振替か集金にてお支払い下さい。

(4) 保険給付の請求のための証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出ください。

4 秘密の保持

訪問介護員等は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持します。なお、利用者の個人情報を用いる場合、あらかじめ個人情報利用同意書により同意を得ます。

5 事故発生時の対応

訪問介護員等は、訪問介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族に連絡を行うとともに、利用者に対し必要な措置を講じ、管理者に報告をします。

6 緊急時の対応方法

訪問介護員等は、訪問介護サービスの提供を行っているときに、利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡するなどの処置を講ずるとともに、管理者に報告をします。

7 その他

①訪問介護員は

○医療行為を行うことができません。

○各種支払管理や年金・預金等の管理、金銭の貸借など、金銭を取扱うことはできません。

○利用者のための家事・介護を行う業務なので、庭の草刈りや他の家族の食事の用意などを行うことはできません。

○介護員の車に、利用者を同乗させる事はできません。

○ヘルパーに対する贈り物や飲食のもてなし等、お気遣いなさらぬようお願いいたします。

②担当職員の変更

○いつでも担当の訪問介護員の変更を申し出ることができます。その場合、訪問介護サービスの目的に反するなど変更を拒む理由がない限り、変更の申し出に応じます。

○当事業所は、目的に反することなく訪問介護サービスが行えるよう、一定期間で担当の訪問介護員を変更することがあります。その場合は事前にあなたの了解を得ます。

③サービス計画、提供内容の記録などは、サービス費の支払を受けた日から5年間保管します。

8 災害時・感染症拡大時の訪問介護実施方法変更について

災害時及び感染症拡大時には、訪問介護の内容・時間など実施方法を一部変更または振り替えさせて頂く場合があります。その際、事業継続計画（BCP）の内容に沿って対応を行います。

9 サービス内容に関する苦情の受付

① 当所お客様相談・苦情担当

当所の居宅介護支援に関するご相談・苦情、及び訪問介護計画に基づいて提供している訪問介護サービスについてのご相談・苦情を承ります。

○受付担当者：サービス提供責任者

○解決責任者：滝川 奈津美（所長）・亀井 陽子（介護事業部統括事務長） 801-0690

当事業所以外の苦情窓口

第三者委員における苦情受付

森川 恵美子 846-9189

可知 よし江 825-7292

② その他

長崎市高齢者すこやか支援課 長崎市魚の町4-1 829-1146

国民健康保険団体連合会 長崎市今博多町8-2 826-1599

長崎県運営適正化委員会 長崎市茂里町3-24 842-6410

契約締結日 年 月 日

利 用 者

私は、事業者から訪問介護サービスについての重要事項の説明を受け、了承しました。

<住所>

<氏名>

(利用者の代理人又は任意後見人)

私は、事業者から訪問介護サービスについての重要事項の説明を受け、利用者本人の意志を確認し代筆いたします。

<住所>

<氏名>

事 業 者

指定訪問介護サービスの提供開始にあたり、指定訪問介護サービスを行う事業所の名称、所在地等の重要事項を利用者に対して説明しました。

事業者名 社会医療法人 健友会
代表者 理事長 三宅 裕子

事業所名 健友会ヘルパーステーション
住所 長崎市大浦町 9番30号
介護保険事業者番号 長崎県 4270100219号・42A0101053号

個人情報 使用同意書

私（利用者及びその介護者又は家族等）の個人情報については、次に記載するところ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 使用する目的

- ① 介護サービスの提供を受けるに当たって、円滑にサービスを提供するために実施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ほか、介護居宅介護支援事業所または介護サービス事業所との調整連絡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、私が体調を崩しまたはケガ等で病院へ行った際に医師・看護師等へ説明する場合

2 個人情報を提供する範囲

- ① 介護計画に掲載されている介護サービス事業所
- ② 受託した介護居宅介護支援事業所
- ③ 病院または診療所

3 使用する期間

_____年 _____月 _____日から契約終了日 _____まで

4 使用する条件

- ① 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ② 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

_____年 _____月 _____日

健友会ヘルパーステーション 殿

利用者 _____住所_____

_____氏名_____

利用者代理人 _____住所_____

_____氏名_____

利用者家族代表者 _____住所_____

氏名 _____