

重要事項説明書

1 概要

(1) 運営の方針

介護保険法令の趣旨に従って、要介護者においては利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、また要支援者においては、状態の維持もしくは改善を図り、要介護状態となることを予防する様に、相談を行いながら適切な訪問介護計画を作成し、訪問介護員による身体介護・生活援助の支援を行います。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図ってまいります。

(2) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	ヘルパーステーション瑠璃	
介護保険事業所番号	4370301162	介護保険
障害福祉サービス	4310600277	障害福祉
所在地	人吉市下青井町 81 番地 1	
サービス提供地域	人吉市・球磨郡（一部交通費負担あり）	

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(3) 事業所の職員体制

		常勤	非常勤	計
管理者	（兼務）	1名	名	1名
サービス提供責任者		3名	名	3名
事務職員		名	名	名
従業者	介護福祉士	名	1名	1名
	訪問介護員1級～2級修了者	1名	1名	2名
	訪問介護員3級修了者	名	名	名
	その他	名	名	名

(4) 事業所営業日、営業時間、および連絡先

営業日	月～土
休日	日曜日、1/1～1/3
営業時間	8:30～17:30
連絡先	TEL 0966-32-9439 FAX 0966-32-9301

(5) サービス提供時間

月～日	8:30～17:30
-----	------------

※通常時間帯以外においても、ご相談に応じます。

※時間帯（早朝・夜間）によっては料金が異なります。

(6) 従業者の業務内容

職種	業務内容
管理者	従業者の管理、指導・業務の実施状況の把握・その他の業務管理
サービス提供責任者	利用者の日常生活全般の状況および、希望を踏まえて、訪問介護または介護予防訪問介護計画を作成する。また、訪問介護または介護予防訪問介護の申込みに関する調整、訪問介護員に対する技術指導などを行う。
訪問介護員	訪問介護または介護予防訪問介護のサービスの実施。
事務職員	必要な事務処理を行う。

2 サービス内容

訪問介護

- ①身体介護
 - ・食事の介助
 - ・入浴の介助
 - ・身体の清拭、洗髪
 - ・衣類着脱の介助
 - ・排泄の介助
 - ・外出の介助
 - ・起床、就寝の介助
 - ・体位変換
 - ・その他 必要な身体の介護等

- ②生活援助
 - ・調理（配膳、片付けなど）
 - ・衣類の洗濯、補修
 - ・住居の掃除、整理整頓
 - ・薬の受取り
 - ・その他 必要な生活援助
 - ・買い物

3 利用料金

(1) 訪問介護サービス利用料金

介護報酬告示上の額によるものとし、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合に応じた額を現金徴収及び銀行の口座自動引落しにて支払いを受けるものとします。

なお、金額等の詳細については、別紙をご参照下さい。また、関係法令の改正やサービス内容等に変更が生じた場合は、負担金にも変更があります。

(2) キャンセル

利用者がサービスの利用を中止する際には、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

電話番号
連絡先： 0966 - 32 - 9439

利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡下さい。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けますので、ご了承ください。(ただし、利用者の容態の急変など、緊急のやむを得ない事情がある場合はキャンセル料は頂きません)。

キャンセル料は、利用者負担分の支払い時に合わせてお支払いいただきます。

時 期	キャンセル料
サービス利用の24時間前まで	無料
サービス利用の当日(連絡がなかった場合を含む)	1,000円

(3) その他

サービスを提供するために使用する、利用者宅の水道、ガス、電気、電話等の費用はご利用者様の負担となります。

4 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ください。当社職員がお伺いいたします。必要に応じて関係機関に連絡して、必要な手続きを行った上で契約を結び、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

利用者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週間前までに文書でお申し出ください。

5 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所の相談・苦情窓口

ヘルパーステーション瑠璃

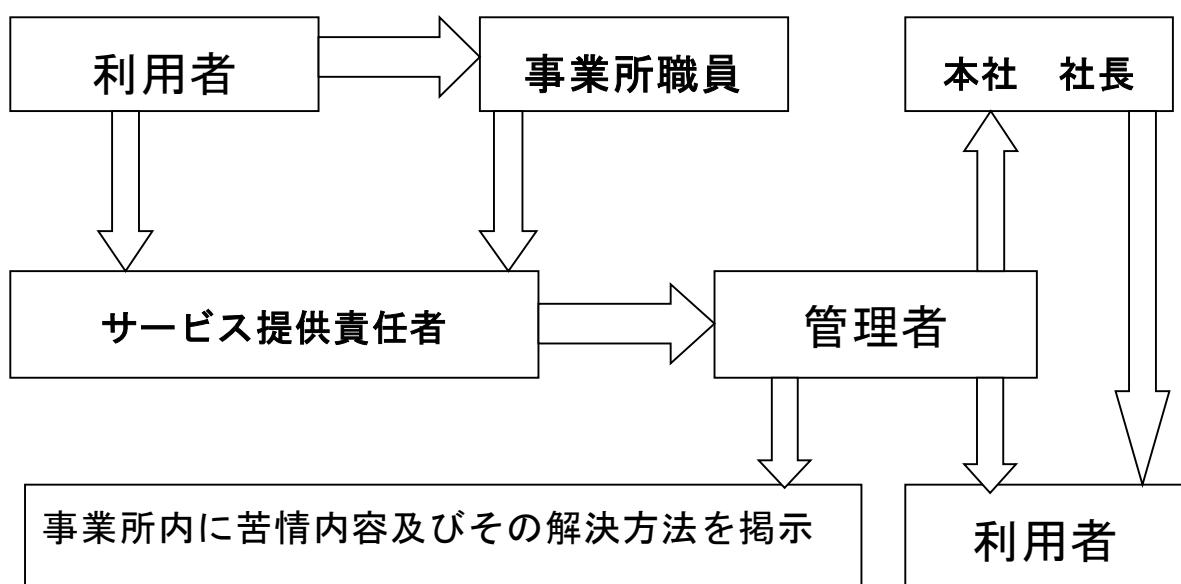
電話 0966-32-9439

受付日 年中（ただし、1月1日～1月3日を除く）

受付時間 8:30～17:30

事業所職員または管理者 北村 までご連絡下さい。

(2) 苦情処理フォロー



(3) その他

当事業所以外の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

人吉市役所	0966-22-2111
山江村役場	0966-23-3978
五木役場	0966-37-2214
球磨村役場	0966-32-1111
国民健康保険団体連合会	096-214-1101

6 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、事前の打合せにより、主治医、救急隊、ご親族、居宅介護支援専門員等へ連絡をします。

主治医	病院名	①	医院	②	
		①	Dr	TEL	①
ご家族	氏名	①	様	続柄()	
		②	様	続柄()	
	連絡先 (TEL)	①			
		②			

7 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、お客様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様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、お客様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。(当事業所は損保ジャパンと損害賠償保険契約を結んでおります。)

8 秘密の保持について

- (1) 当該事業者の従業者は、正当な理由なく業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業者の従業者であった者は、正当な理由なく業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者では、お客様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で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、必要な範囲内でお客様又はご家族の個人情報を用います。

9 人権擁護、虐待防止について

- ① 研修を通じ、従業員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努める。

- ② 従業者が、支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利、擁護に取り組める環境の整備に努める。
- ③ 事業所は、サービス提供中に当該事業所従業者、又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するとする。

人権擁護、虐待防止受付責任者

管理者：北村 千鶴

10 交通費について

通常の事業実施地域以外から利用者の要請があったときは、
指定訪問介護支援を行う場合に要した交通費について、利用者の
同意を得てから実費の支払いを利用者から受ける事が出来る。
なお、車を使用した場合の実費の額は、通常の事業実施地域
(人吉市内) を超えてから、片道 1kmあたり 30 円とする。

対象地域（大塚・田野・鹿目・上原田・古仏頂・大野・矢岳・球磨村一部
相良村一部・錦町一部・山江村一部・五木村）

訪問介護サービス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	熊本県人吉市下青井町 81 番地 1
	名 称	ヘルパーステーション 瑠璃
	管理 者	北村 千鶴 印

個人情報使用同意書

私（及び私の家族）の個人情報については、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当たって、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等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のほか、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。
- ④市役所介護保険課等に書類提出の場合。

2 個人情報を提供する事業所

- ①居宅サービス計画また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市役所

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用にあたっての条件

- 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、個人情報提供に当たっては関係者以外には漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ②事業者は、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。

契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日

令和 年 月 日

(利 用 者) <住 所> _____

<氏 名> _____ 印

代筆される場合は記入して下さい

(代 筆) <住 所> _____

続柄 () <氏 名> _____ 印

〔利用者の家族〕 <住 所> _____

<氏 名> _____ 印

続柄 ()

(事業者) <所 在 地> 熊本県人吉市下林町 115 番地2

<事業者名> 株式会社ノーススワン

<代表取締役> 北村 千鶴 印

(事業所) <所 在 地> 熊本県人吉市下青井町 81 番地 1

<事業所名> ヘルパーステーション瑠璃

<管 理 者> 北村 千鶴 印

<説 明 者> 北村 千鶴 印