

左右会ヘルパーステーション 自費による訪問介護サービス 重要事項説明書

1. 事業所の名称等

| | |
|-------|------------------------|
| 事業者名称 | 医療法人左右会 |
| 事業所名称 | 左右会ヘルパーステーション |
| 所在地 | 鹿児島県志布志市志布志町志布志2丁目3番6号 |
| 電話番号 | 099-473-8137 |
| FAX番号 | 099-473-8138 |
| 管理者名 | 北村 留美 |
| 事業所番号 | 4676800081 |

2. 訪問介護事業所の目的と運営方針

◆事業の目的

医療法人左右会が開設する「左右会ヘルパーステーション」（以下「事業所」という。）が行う、自費による訪問介護（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護福祉士、又は訪問介護員養成研修の修了者（以下「訪問介護員等」という。）、無資格者が、利用者に対して、自費による訪問介護を提供することを目的とする。

◆運営方針

事業所の訪問介護員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、生活全般にわたる援助を行う。

3. 事業所の職員体制

| 職 種 | 専 従 | | 兼 務 | |
|-----------|-----|-------|-----|-----|
| | 常勤 | 非常勤 | 常勤 | 非常勤 |
| 管理者 | | | 1 | |
| サービス提供責任者 | | | 2 | 1 |
| 訪問介護員等 | 3 | 10名以上 | | |

4. サービス内容

【身体介護】

利用者の身体に直接接触して行う介助サービス（そのために必要となる準備、後片付け等の一連の行為を含みます。）

- ①利用者の日常生活動作能力（ADL）や意欲の向上のために利用者と共に自立支援のサービス
- ②その他専門的知識・技術（介護を要する状態となった要因ある、心身の障害や疾患に伴って必要となる特段の専門的配慮）をもって行う。利用者の日常生活上・社会生活上のためのサービス

※身体介護サービス内容の主なもの

・家庭内での見守り介助、公共の乗り物を利用した通院介助、外出介助、病院、施設内での介助、見守り等

【生活援助】

身体介護以外の掃除・洗濯・調理などの日常生活の援助（その為、必要な一連の行為を含む）であり、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいいます。

※次のような行為は生活援助の内容に含まれませんので留意して下さい。

- ①商品の販売や農作業等生業の援助的な行為
- ②直接、本人の援助に該当しない行為
 - ・主として家族の利便に供する行為又は家族が行うことが適当であると判断される行為
- ③日常生活の援助に該当しない行為
 - ・訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される場合
 - ・日常的に行われる家事の範囲を超える行為

※生活援助サービス内容の主なもの

掃除、洗濯、ベッドメイキング、通所利用の準備、ゴミの分別、服薬確認、衣類の整理、調理、配膳・下膳、買い物、サービス準備・記録等

5. 営業日及び営業時間

（営業日） 原則として年中無休とします。

（営業時間） 午前8時から午後5時30分までとします。

6. 事業実施地域

原則として、志布志市・大崎町の地域となります。

7. 利用料金

※自費サービス利用料金について

| サービス利用 時 間 | 身体介護・生活援助 | |
|---------------|-----------|-------------------|
| | 平日料金 | 交通費(10km 以内)+税 |
| 30分 | 1,250円 | 70円(10Km 以内)+125円 |
| 1時間 | 2,500円 | 70円(10Km 以内)+250円 |
| 1時間30分 | 3,750円 | 70円(10Km 以内)+375円 |
| 2時間 | 5,000円 | 70円(10Km 以内)+500円 |

【ご注意】自費サービス利用料は、上記料金+交通費+消費税となります。

◎利用者の都合でサービスを中止する場合は、キャンセル料がかかる場合があります。

◎交通費は事業所から10Km以内は70円、10Km以上は5Km単位で70円がプラスされます。

1. サービス利用日の前日までに連絡があった場合…キャンセル料はいただきません。
2. サービス前日までに連絡がなかった場合……同じ料金+交通費(10Km 以内)+税を頂きます。

8. 支払い方法

- ①当該月末締めとし、翌月10日以降のご請求となります。
- ②当月の料金の合計額を翌月30日までに(現金又は銀行振込み)お支払い頂きます。

<銀行振込み先>

鹿児島銀行 志布志支店 普通 口座番号408182
口座名 医療法人左右会 理事長 橋口 渡

9. 相談窓口

苦情やご相談につきましては、以下の窓口にて受付致します。

*左右会ヘルパーステーション(担当:北村)

所在地:志布志市 志布志町 志布志2-3-6

電話番号:099-473-8137 FAX:099-473-8138

10. 秘密保持

- ・事業所及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密は正当な理由なく第三者に漏らしません。又この守秘義務は契約終了後も同様です。
- ・事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いません。
- ・事業所は、利用者の家族から予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議等において当該家族の個人情報を用いません。

11. 緊急時等の対応

訪問介護員は、訪問介護を実施中利用者の病状、状態に急変その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医・ご家族及び居宅介護支援事業所等に連絡する等の措置を講じると共に管理者・サービス提供責任者へ報告いたします。

左右会ヘルパーステーション 自費訪問介護サービス利用同意書

左右会ヘルパーステーションの自費訪問介護サービスを利用するにあたり、契約書及び重要事項説明書と同意書を受領し、これらの内容に関して担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

<利用者>

住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 電話番号 () _____

<身元引受人等> (成年後見人)

住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 電話番号 () _____

<保証人>

住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 電話番号 () _____

左右会ヘルパーステーション 管理者 殿

【請求書・明細書及び領収書の宛名及び送付先】

| | |
|------|-----------|
| 氏 名 | (続柄) |
| 住 所 | 〒 _____ |
| 電話番号 | () _____ |

【緊急時及び事故発生時の連絡先】

※上記、身元引受人・保証人に同じの場合は、住所等は省略して可

| | | |
|------|------------------|------------------|
| 氏 名 | ① (続柄) | ② (続柄) |
| 住 所 | | |
| 電話番号 | 1. () 2. () | 1. () 2. () |

当事業所は、本重要事項説明書に基づいて利用者及び身元引受人等へ重要事項について説明いたしました。

所 在 地 志布志市 志布志町 志布志 2-3-6
 事業所名称 左右会ヘルパーステーション
 説明者氏名 _____ 印

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）は、下記記載の内容で、事業者が個人情報を必要最低限の範囲内で使用、提供することに同意します。

| | | | | |
|--------|---|-------------------------------------|----|--|
| | | 令和 年 月 日 | | |
| 事業者 | 住所 | 〒899-7103 鹿児島県志布志市志布志町志布志二丁目3番6号 | | |
| | 名称 | 左右会ヘルパーステーション | | |
| 利用者 | 住所 | | | |
| | 氏名 | 印 | | |
| 利用者家族 | 住所 | | | |
| | 氏名 | 印 | 続柄 | |
| 使用する目的 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 自費サービスを円滑に提供するために実施されるサービス担当者会議に必要となる場合。 ・ 各関係事業所と介護サービス事業者との連絡調整及びサービス事業者間の連絡調整に必要となる場合。 ・ サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等の場合。 ・ 利用者に病状の急変が生じた場合の主治医等への連絡の場合。 ・ 利用者の心身の状況などを家族に説明する場合。 ・ 介護保険事務に関する情報提供の場合。 | | | |
| 利用期間 | サービス提供契約期間に準ずる。 | | | |
| 利用条件 | 個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供にかかわる目的以外には利用しません。また、契約期間外においても第三者に漏らしません。 | | | |