

『指定訪問介護』重要事項説明書

株式会社リブラン

「ヘルパーステーション花桃」

介護保険事業所番号 2372004453

1 事業者

- (1) 法人名 株式会社リブラン
- (2) 法人所在地 豊橋市大崎町字境松69番地2
- (3) 電話番号 0532-44-8210
- (4) 代表者氏名 代表取締役 河邊政勝
- (5) 設立年月日 平成26年11月7日

2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定訪問介護事業所
- (2) 事業の目的 指定訪問介護は、介護保険法令に従い、利用者が居宅において、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称、所在地及び電話番号
ヘルパーステーション花桃(平成29年2月1日指定 介護保険事業所番号 2372004453)
 - ア 所在地 豊橋市多米中町1丁目2番地5
 - イ 電話番号 0532-35-6761
 - ウ ファックス 0532-35-6762

3 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の実業実施地域 豊橋市内
- (2) 営業日及び営業時間

営業日及び営業時間	年中無休(年末年始12月29日～1月3日を除く) 午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	年中無休 午前7時～午後10時

4 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して指定訪問介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

- 管理者 1名
- サービス提供責任者 1名以上
- 介護職員 常勤換算2.5以上

5 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者のご家庭に訪問し、サービスを提供します。当事業所が提供するサービスについて

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合

(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス(契約書第4条参照)

以下のサービスについては、利用料金の大部分(通常9割)が介護保険から給付されます。

(サービスの概要と利用料金)

○身体介護

入浴・排せつ・食事等の介護を行います。

○生活援助

調理・洗濯・掃除・買い物等日常生活上の世話をを行います。

ご契約者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は、居宅サービス計画(ケアプラン)がある場合には、それを踏まえた訪問介護計画に定められます。

① 身体介護

○入浴介助

入浴の介助又は入浴が困難な方は身体を拭く(清拭)などとします。

○排せつ介助

排せつの介助、おむつの交換を行います。

○食事介助

食事の介助を行います。

○体位変換

体位の変換を行います。

○通院介助

通院の介助を行います。(病院内の付き添いは除きます。)

② 生活援助

○調理

ご契約者の食事の用意を行います。(ご家族分の調理は行いません。)

○洗濯

ご契約者の衣類等の洗濯を行います。(ご家族分の洗濯は行いません。)

○掃除

ご契約者の居室の掃除を行います。(ご契約者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除は行いません。)

○買い物

ご契約者の日常生活に必要な物品の買い物をを行います。(預金・貯金の引き出しや預け入れ等は行いません。)

○その他日常生活に必要な援助

(サービス利用料金)(契約書第 8 条参照)

別紙「利用料金表」参照

(2) 介護保険の給付金額を超えるサービス(契約書第 5 条、第 8 条参照)

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

(3) 利用料金のお支払い方法(契約書第 8 条参照)

前記の料金は、1 か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 26 日(土曜日、日曜日及び祝日となる場合には休日明けの金融機関営業日)までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

① 金融機関口座からの自動引き落とし

(翌月 26 日に引き落とし。ただし、土曜日・日曜日・祝日になる場合は、休日明けの金融機関営業日に引き落としとなります。) ※引き落とし前日までに残高をご確認ください。

② ヘルパーへの直接払い

③ 下記口座への振込み (振込み手数料がかかります。)

蒲郡信用金庫 大清水支店 普通預金 2034666

株式会社リブラン 代表取締役 河邊政勝

(4) 利用の中止、変更、追加(契約書第 9 条参照)

○利用予定前に、ご契約者の都合により、訪問介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の派遣開始時間までに事業者申し出て下さい。

○利用予定日の派遣開始までに中止の申し出がない場合は、取消料として、1,900 円をお支払いいただきます。但しご契約者にやむを得ない正当な事由がある場合は、この限りではありません。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問介護員の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6 サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。

但し、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

(2) 訪問介護員の交替(契約書第 6 条参照)

①ご契約者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。但し、ご契約者から特定の訪問介護員の指名はできません。

②事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。

訪問介護員を交替する場合は、契約者及びその家族等に対して、サービス利用上の不利益が生じないよう十分配慮するものとします。

(3) サービス実施時の留意事項(契約書第 7 条参照)

①定められた業務以外の禁止

契約者は「5 当事業所が提供するサービスと利用料金」で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

②訪問介護サービスの実施に関する指示・命令

訪問介護サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、事業者は、訪問介護サービスの実施にあたって契約者の事情・意向等に十分配慮するものとします。

③備品等の使用

訪問介護サービス実施のために必要な備品等(水道・ガス・電気を含む)無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

(4) サービス内容の変更

サービス利用当日に、ご契約者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

(5) 訪問介護員の禁止行為(契約書第 14 条参照)

訪問介護員は、ご契約者に対する訪問介護サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- | |
|-------------------------------------|
| 1 医療行為 |
| 2 ご契約者もしくはその家族からの金銭等の授受 |
| 3 ご契約者の家族等に対する訪問介護サービスの提供 |
| 4 飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙 |
| 5 ご契約者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動 |
| 6 その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為 |

7 苦情の受付について(契約書第 23 条参照)

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

ヘルパーステーション 花桃	所在地 豊橋市多米中町 1 丁目 2 番地 5
	電話番号 0532—35—6761
	FAX 0532—35—6762
	受付日時 月曜日～金曜日(年末年始を除く) 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで
	担当者 管理者 野田 清美

(2) 行政機関における苦情受付窓口

東三河広域連合 介護保険課	所在地 豊橋市八町通二丁目16番地 豊橋市職員会館 5階 電話番号 0532-26-8471 受付日時 月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時15分
愛知県国民健康保険団体連合会	所在地 名古屋市東区泉一丁目6番5号 電話番号 052-971-4165 受付日時 月曜日から金曜日 午前9時から午後5時

8 サービスの第三者評価の実施状況について

当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

【実施の有無】 無

【実施した直近の年月日】

【第三者評価機関名】

【評価結果の開示状況】

9 事故発生時の対応時について

利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

この重要事項説明書は、厚生省令第37号(平成11年3月31日)第8条の規程に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

同意書

令和 年 月 日

指定訪問介護サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

株式会社リブラン ヘルパーステーション花桃

説明者職名 サービス提供責任者

氏 名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定訪問介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏 名 印

代 筆 印