

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。（熊本県指定第 4370200703 号）

1. 事業所の概要

名 称	社会福祉法人 天龍会 すずらんの里ヘルパーステーション
代 表 者	(理事長) 福田 リツ子 (管理者) 山本 しげ子
所 在 地	〒869-5161 熊本県八代市本野町2568番地1 TEL (0965) 35-1115 FAX (0965) 35-1116
設立・開設年月日	(法人) 平成1年4月1日設立 (事業所) 平成12年10月1日開設
関連事業等	特別養護老人ホームすずらんの里 (熊本県指定第 4370200414 号)
	すずらんの里短期入所生活介護 (熊本県指定第 4370200596 号)
	すずらんの里デイサービスセンター (熊本県指定第 4370200554 号)
	すずらんの里居宅介護支援事業所 (八代市指定第 4370200315 号)
	小規模多機能型居宅介護なごみの広場 (八代市指定第 4390200071 号)
	すずらん流荘特定施設入居者生活介護 (熊本県指定 4370203442 号)
	軽費老人ホーム すずらん苑
養護老人ホーム すずらんの杜	
事業の実施地域	八 代 市

2. 営業日及び営業時間

営 業 日	年中無休 ※ただし、年始（1月1日、1月2日）を除きます。
営業時間	午前8時00分～午後6時00分

3. 事業の目的と運営の方針等

事業の目的	利用者が要介護状態になった場合においても、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、入浴、排泄、食事の介護その他必要な日常生活全般にわたる援助を行うことを目的とします。また、利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。
-------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

運 営 の 方 針	<p>事業所は、明るく家庭的な雰囲気を有し、利用者の意思及び人格を尊重し、身体拘束や抑制等を行うことなく、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。</p> <p>また、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村等保険者、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、居宅サービス事業者、介護予防サービス事業者、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。</p>
サービス計画の作成及び評価	<p>サービス提供責任者が、利用者の心身の状況や希望及び置かれている環境、利用者や家族等の希望を踏まえて、訪問介護（介護予防訪問介護）サービス計画を作成します。すでに居宅（介護予防）サービス計画が作成されている場合には、その内容に添って作成します。原案の作成にあたっては、利用者または家族へ、説明の上、同意を得て交付します。</p> <p>また、サービス提供の目標の達成状況等を定期的に評価します。</p>

4. 従業者の勤務体制等

(1) 従業者数

職 種	配 置 数	指定基準
管 理 者	1名(兼務)	1名
サービス提供責任者	2名	2名
訪問介護員	(介護福祉士 5名) (実務者研修終了 3名)	2、5名以上

※ 兼務は、併設事業所との兼務をあらわします。

(2) 従業者の勤務体制

職 種	勤務体制	休暇
管 理 者	・日 勤 (8:00～17:00)	4週8休
サービス提供責任者	・早 番 (8:00～17:00) ・遅 番 (9:00～18:00)	4週8休
訪問介護員	・通 常 (8:00～18:00)	4週8休

※ 利用者へのサービス向上と職員の資質向上のため、事業所内外における最低月1回以上の定期的な研修の機会を確保するものとします。

5. サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
身体介護	<p>利用者の心身機能の状態や希望にあわせて、サービス計画に基づき、次のサービスを提供します。</p> <ul style="list-style-type: none"> 入浴介助… ご自宅の浴室を利用して、洗身、洗髪など入浴の介助を行います。また、入浴が困難な方は清拭等を行います。 排泄介助… トイレ誘導やポータブル便器、尿器等での排泄の介助及び後始末を行います。また、おむつが必要な方はその交換を行います。 食事介助… 必要に応じて、摂食について、一部または全介助を行います。 体位変換… 寝たきりで自分で寝返り出来ない方には体位の変換を行います。
生活援助	<p>利用者のご希望に応じて、サービス計画に基づき、次の生活援助を行います。</p> <ul style="list-style-type: none"> 調理 利用者の食事の準備等を行います。 洗濯 利用者の衣類等の洗濯を行います。 掃除 利用者の居室の掃除を行います。 買い物 利用者の日常生活に必要となる物品の買い物をを行います。 (預貯金の引き出し、預け入れなどは行いません。)
相談援助	<ul style="list-style-type: none"> 利用者およびそのご家族等からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

※ 利用者以外の方（ご家族等）への介護、援助は行いません。

(2) 介護予防給付サービス

種 類	内 容
身体介護 及び 生活援助 並びに 相談援助	<p>利用者の心身機能の状態や希望にあわせて、サービス計画に基づき、次の支援を行います。</p> <ol style="list-style-type: none"> 入浴 排泄 食事 調理 洗濯 掃除 買い物 利用者およびそのご家族等から相談援助

※ 利用者以外の方（ご家族等）への支援は行いません。

(3) 介護保険（介護予防）給付外サービス

種 類	内 容
交 通 費 (実施地域外からの利用の場合)	<ul style="list-style-type: none"> 事業の実施地域（八代市）を越える居宅からご利用される場合に、実施地域を越えたところから交通費をご負担頂きます。

6. 利用料（別項「利用料一覧」をご覧ください。）

(1) 介護保険（介護予防）給付サービス

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の額 (居宅サービス（介護予防サービス）費の1割)
法定代理受領でない場合	介護報酬の告示上の額 (居宅サービス（介護予防サービス）の基準額に同じ)
<p><介護予防サービスに関する留意事項></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 体調不良や状態の改善等により訪問介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合又は多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はしません。 ・ 月ごとの定額制となっているため、月の途中からの利用開始、月途中での利用終了であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。 <ol style="list-style-type: none"> (1) 月途中で要介護から要支援に変更となった場合 (2) 月途中で要支援から要介護に変更となった場合 (3) 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合 ・ 月途中で要支援度に変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。 	

(2) 介護保険（介護予防）給付外サービス

区 分	利 用 料
交 通 費 (実施地域外からの利用の場合)	事業の実施地域（八代市）を越えたところから 片道10円／1km当たり

(3) お支払い方法

<p>当月のご利用料等の請求書を翌月初め（10日）に交付致しますので、翌月20日までに、口座引落しにてお支払いいただくこともできます。</p>	
引落とし可能口座	都市銀行・地方銀行・農協・信用組合・郵便局等

<p>苦情処理体制</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 苦情は、①苦情箱を利用して、②電話や窓口で直接に、③担当の介護支援専門員を通じて、④書面を利用して等いろいろな方法で申し出ることができます。 2. 苦情申し出先は、苦情受付担当者に限らず、天龍会の職員であれば誰でも可能です。また、第三者委員へも直接申し出ることができます。苦情受付担当者以外で受け付けた場合は、速やかに受付担当者に報告します。 3. 苦情受付担当者は、速やかに苦情解決責任者に報告します。 4. 苦情解決責任者は、苦情内容を確認の上、必要に応じて理事会・評議員会及び第三者委員に報告します。 5. 苦情解決責任者は、申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。その際、申出人は第三者委員の立会を求めることができます。 6. 解決できない苦情は、関係機関に申し出ることができます。 7. 関係機関は、受け付けた苦情に対し、速やかに調査し解決に努めます。 8. 事業所(苦情解決責任者)は、関係機関の調査に協力し、解決に努めます。 9. 無記名による申出があった場合は、第三者委員へ報告し、掲示板への掲示等必要な対応を行ないます。 	
<p>申立先</p>	<p>当事業所</p>	<p>苦情解決責任者：山本 しげ子 苦情受付担当者：垣下 千栄 電話番号：0965-35-1115</p>
	<p>国民健康保険団体連合会（苦情窓口）</p>	<p>所在地 熊本県熊本市東区健軍2-4-10 TEL/FAX 096-214-1101/096-214-1105</p>
	<p>熊本県社会福祉協議会 (熊本県福祉サービス適正化委員会)</p>	<p>所在地 熊本県熊本市中央区南千反畑3-7 TEL/FAX 096-324-5471/096-355-5440</p>
	<p>市町村 (介護保険係)</p>	<p>利用者の保険者である市町村窓口</p>
	<p>第三者委員</p>	<p>1, 岡本 光夫 (社会福祉法人天龍会 監事) 連絡先 住所 水俣市市渡瀬 657-1 電話番号 (090) 2514-8625 2, 林 秀俊 (社会福祉法人天龍会 監事) 連絡先 住所 八代市塩屋町 13-22 (306) 電話番号 (0965) 35-6678</p>

- (3) 当事業所内でのカンファレンス・ミーティング
- (4) 関連学会、研究会での匿名下での発表
- (5) サービス担当者会議での情報共有
- (6) その他管公庁等の法律法令上の照会

3. 例外規定

上記各項にかかわらず、本人の生命心身に危機が直面している場合はこの限りではありません。

(附則) この方針は平成17年4月1日より施行しております。

【 すずらんの里ヘルパーステーション 利用表一覧表 】

令和 8 年 6 月より
(事業所加算Ⅱ 単位：円)

1、介護サービス (1 回あたり)

所要時間	身体介護中心型		
	通常	夜間早朝	深夜
20 分未満	179	224	270
20 分以上 30 分未満	268	336	403
30 分以上 1 時間未満	426	532	639
1 時間以上 1 時間 30 分未満	624	780	936
	生活援助中心型		
	通常	夜間早朝	深夜
20 分以上 45 分未満	197	246	296
45 分以上	242	303	363
備考	1、事業所の都合により、利用希望時間に対応できない場合があります。 2、訪問介護員を同時に 2 名派遣する場合は 2 倍の費用がかかります。 3、身体介護に引き続き生活援助を行う場合は 20 分以上 72 単位/回		

2、介護予防訪問介護相当サービス (月額)

区分	支援 1	支援 2	利用頻度	費用
介護予防訪問介護 1 1	○	○	週 1 回程度の利用	1176
介護予防訪問介護 1 2	○	○	週 2 回程度の利用	2349
介護予防訪問介護 1 3	×	○	週 2 回を超える利用が必要	3727
備考	1、区分の位置づけは、指定予防支援事業所により指定された介護予防サービス計画において、サービス担当者会議によって得られた専門的見地からの意見を勘案して、1 週あたりのサービス提供頻度が決められます。 2、1 回あたりのサービス提供時間は、介護サービス計画において設定された目標等を勘案し、必要な頻度の量を事業所が作成する介護予防訪問介護計画書に位置づけるものとしします。ただし、利用者の状態の変化、目標の達成度を踏まえ、必要に応じて変更する事ができます。			

3、初回加算 200 単位/月

4、その他 (介護保険の対象とならない費用)

区分支給限度額を超えるサービス	やむを得ない理由により、区分支給限度額を超えての利用 (保険対象外の利用) も可能です。その場合は全額の自己負担 (10 割) となります。
交通費	通常実施地域 (八代市) を越える地域の利用も可能です。その場合、実施地域を超えたところから、片道 Km あたり、10 円の費用が割り増しされます。
介護職員等処遇改善加算 I ロ	請求単価に介護職員等処遇改善加算 I ロ (28.7%) を加算させていただいた金額がご請求金額となります。

※キャンセル料

中止や変更の連絡がなく訪問した場合、状況により、キャンセル料を頂く場合があります。

身体介護 800 円 生活援助 500 円

令和 年 月 日

<利用者>

私は、以上の重要事項について、下記の説明者より説明を受け、内容を理解し同意しました。実際のサービスを利用するにあたっては、居宅介護支援事業所及び事業所内で開催するサービス担当者会議や、求めに応じて熊本県及び市町村等関係機関に個人情報を提供することに同意します。

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

<代理人>

私は、利用者と同様に説明を受け内容を理解しました。本人の意思を確認の上、代理人として署名します。

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

<説明者>

私は、サービスの提供開始に際し、以上の重要事項について、パンフレット等関係書類とともに、利用者及び代理人に説明を行いました。

(職 名) _____ (氏 名) _____ 印

