

# おおぞらヘルパーステーション 介護予防訪問介護重要事項説明書

平成 22 年 4 月 1 日現在

## 1. おおぞらヘルパーステーションの概要

### (1) 事業所の名称等

事業所名	おおぞらヘルパーステーション
所在地	福島県二本松市住吉 100 番地 介護老人保健施設やまびこ苑内
電話番号	0 2 4 3 - 6 2 - 4 8 9 5
介護保険指定番号	0 7 7 1 0 0 0 1 5 5

### (2) 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	職務内容
管理者	看護師 介護支援専門員	1 名		従業者及び業務の管理など
サービス 提供責任者	介護支援専門員 介護福祉士	2 名		利用の調整、職員への技術指導、 介護予防訪問介護計画の作成など
	ヘルパー1 級修了者	1 名		
訪問介護員	ヘルパー1 級修了者 ヘルパー2 級修了者 介護福祉士		10 名	介護予防訪問介護計画に基づくサービスの提供

### (3) サービス提供地域と営業時間

サービス提供地域	二本松市、本宮市および大玉村
窓口営業日時	月～土曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 ただし、祝祭日と 12 月 31 日～1 月 3 日までを除く
サービス提供日時	365 日 24 時間

## 2. 事業の目的と運営方針

おおぞらヘルパーステーションは、要支援状態にある高齢者に対し、適正な介護予防訪問介護を提供することを目的としております。

この目的に沿って運営方針を以下の通り定めております。

- ・利用者の心身の特性を踏まえてその能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介助等生活全般の援助を行う
- ・保健、医療、福祉等の関係機関や行政機関と綿密な連携を取り総合的なサービスの提供に努める。

### 3. サービス内容

(1) 提供するサービスは以下のものとします。

食事介助 入浴介助 排泄介助 清拭 体位交換等  
買い物 調理 洗濯 掃除等

(2) なお、サービスを提供する際には、サービス提供責任者が作成した介護予防訪問介護計画に基づいて行うものとし、その内容は利用者またはその家族に事前に説明し同意のあったものとします。

### 4. 利用料金

(1) 利用料金については別に定める料金表の通りです。

(2) その他

- ・お客様のお住まいでサービスを提供するために使用する水道、ガス、電気等の費用はお客様のご負担となります。
- ・毎月1日から末日までの利用料金を翌月の27日（27日が土日祝日の場合はその翌日）にお客様ご指定の口座から引き落とさせていただきます。（原則として口座引落しでのお支払いをお願い致します。）請求書をお渡ししますのでご準備をお願いします。引き落としを確認しましたら領収書を発行いたします。

### 5. 個人情報の開示

職員は業務上知り得た利用者、その家族に関する秘密を厳守致します。ただし、以下に係る情報の提供については必要時には行うものとし、その際には利用者もしくはその家族の同意を事前に得るものとします。

- (1) サービス利用のための市町村、介護予防支援事業所及びその他サービス事業者等への情報提供。
- (2) サービスの質の向上のための学会、研究会での事例の研究発表等。その際は、利用者個人を特定できないように配慮することを厳守します。

### 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等の緊急事態が生じた時は、速やかに主治医、救急隊、親族、介護予防支援事業者、事業所管理者等へ連絡、報告を致します。

### 7. 事故発生時の対応について

サービスの提供中に事故が発生した場合には、速やかに家族、保険者及び担当の介護予防支援事業所に連絡すると共に管理者に連絡し適切に対応するものいたします。

8. 賠償責任について

当事業所又は従事者の責により、利用者又はその財産に重大な損害を与えた場合には、その損害を賠償するものとします

9. サービス内容に関する相談、要望、苦情等の窓口

当事業所にて承っております。

住 所 二本松市住吉 100 番地 介護老人保健施設やまびこ苑内

名 称 おおぞらヘルパーステーション

電 話 0243-62-4895

受付時間 月～土曜日 8:30～17:30

苦情解決責任者 管理者 松本 淳子

苦情解決担当者 サービス提供責任者 三浦 啓子

薄井 共子

## おおぞらヘルパーステーション 介護予防訪問介護利用同意書

\_\_\_\_\_  
様への介護予防訪問介護の提供にあたり、平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月  
日現在の書面に基つき重要事項を説明しました。

事業者	所在地	福島県二本松市住吉 100 番地
		介護老人保健施設 やまびこ苑内
	名称	おおぞらヘルパーステーション
	管理者	松本 淳子 印

私は書面により当事業所からの介護予防訪問介護の提供についての重要事項の説明を受け、それに同意いたします。

平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

<利用者もしくは代理人署名> 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄(\_\_\_\_)