担い手登録型訪問サービス 説明書

１　サービスを提供する事業者

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 事業所名 |  |
| 所在地  （連絡先） | 堺市  （電話　　　　　　　　　FAX 　　　　　　　　） |
| 管理者氏名 |  |
| 営業日 |  |
| 営業時間 |  |

２　サービスの目的と方針

|  |  |
| --- | --- |
| 目的 | 利用者の心身の状況や環境に応じて、利用者が可能な限りその居宅において、自立した生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るため、訪問サービスを提供することを目的とします。 |
| 方針 | 利用者の生活上の課題を把握し、関係する地域包括支援センターや事業所等と連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止のため、適切なサービスの提供に努めます。 |

３　サービスの内容

　ケアプラン（介護予防サービス支援計画）に基づき、次のサービスを提供します。なお、サービスは、利用者が単身、家族が障害、疾病、就労等のため、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です。

　①サービス準備等

　サービス準備は、生活援助サービスを提供する際の事前準備等として行う行為であり、状況に応じて次のようなサービスを行うものです。

（ア）健康チェック

　　　　利用者の安否確認、顔色等のチェック

（イ）環境整備

　　　　換気、室温・日あたりの調整等

（ウ）相談援助、情報収集・提供

（エ）サービスの提供後の記録等

②掃除

・住居内の日常生活で使用する部分の清掃

・ゴミ出し

・準備、後片づけ

③洗濯

・洗濯機または手洗いによる洗濯

・洗濯物の乾燥（物干し）

・洗濯物の取り入れと収納

・アイロンがけ

④ベッドメイク

　　　利用者不在のベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等

⑤衣類の整理、被服の補修

・衣類の整理（夏、冬物等の入れ替え等）

・被服の補修（ボタン付け、破れの補修等）

⑥買い物・薬の受け取り

・日常品等の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む）

・薬の受け取り

４　利用料金

　(1)　利用料金

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 利用料金（１回につき） |
| 生活保護受給者 | ０円 |
| 負担割合が１割の者 | ２００円 |
| 負担割合が２割の者 | ４００円 |
| 負担割合が３割の者 | ６００円 |
| 負担割合が４割の者 | ８００円 |

(2)　支払方法

　　各事業所で作成

（例）利用料金は、１か月ごとにまとめて請求しますので、○○（現金・口座振替など）でお支払下さい。

　キャンセル料を徴収する場合は、この段にキャンセル料を徴収する条件や金額を記載してください。

５　秘密の保持と個人情報保護

　(1)　利用者及びその家族に関する秘密の保持について、事業者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を、正当な理由なく、第三者に漏らしません。

この秘密を保持する義務は、サービスが終了した後も継続します。

　(2)　個人情報の保護について事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り用いません。

　(3)　事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止します。

６　緊急時における対応

　サービス中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者の  主治医 | 医療機関名 |  |
| 氏名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 緊急連絡先  （家族等） | 氏名（続柄） | （続柄　　　　　　） |
| 電話番号 |  |

７　事故発生時の対応

　サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

８　相談・苦情窓口

　サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にお申し出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 【事業者の窓口】  ○○○○ | 堺市○区・・・・・  電話　072-　FAX 072-  受付時間　午前　時　分～午後　時　分 |
| 【市町村の窓口】  堺市役所  長寿支援課 | 堺市堺区南瓦町３－１  電話　072-228-8347　FAX 072-228-8918  受付時間 午前9時00分～午後5時30分 |

【説明確認欄】

令和　　年　　月　　日

担い手登録型訪問サービスの実施にあたり、利用者に説明しました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者 | 事業所名 |  |
| 説明者氏名 |  |

**この説明書の内容の説明を事業者から確かに受けました。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代筆者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 利用者との関係 | |  |
| 代筆の必要な理由 | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理人 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |