

ホームヘルパーかみじ荘

重要事項説明書

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 羽黒百寿会
事業所の所在地	山形県鶴岡市羽黒町手向字薬師沢198番地3
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 齋藤 敬

2. ご利用事業所

事業所の名称	ホームヘルパーかみじ荘
事業所の所在地	山形県鶴岡市羽黒町手向字薬師沢198番地3
施設長名	国井 儀昭
電話番号	0235-62-2007
FAX	0235-62-2501

3. ご利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類		事業者指定		利用 人数	鶴岡市基準 該当サービス
		指定年月日	指定番号		
施設	特別養護老人ホーム	平成12年3月27日	0673000337	50	-
	ユニット型特別養護老人ホーム	平成27年4月1日	0670701796	30	-
居宅	短期入所生活介護	平成24年3月14日	0670701523	16	-
	ユニット型短期入所生活介護	平成24年3月14日	0670701531	10	-
	通所介護	平成12年3月27日	0673000402	30	-
	通所介護(認知症対応型)	平成18年3月14日	0673000402	10	-
	訪問介護	平成12年3月27日	0673000386	-	-
居宅介護支援事業		平成12年3月27日	0673000048	-	-

4. 事業の目的と運営方針

事業の目的	この事業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が要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問介護を提供いたします。
運営方針	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、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助をいたします。 関係市町村、地域包括支援センター、地域の保健、医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。
サービス提供責任者の責務	訪問介護の現場での利用者の口腔に関する問題や服薬状況等に係る気付きを、サービス提供責任者から居宅介護支援事業者等のサービス関係者に情報共有します。

5. 当事業所の職員体制

職 種	員 数	区 分	保有資格
管理者	1	常勤兼務	社会福祉主事
サービス提供責任者	2	常勤兼務	介護福祉士又は旧ホームヘルパー1級課程修了者
介護士	2.5以上	常勤換算	介護福祉士等

6. 営業日及び営業時間

- (1) 営業日 月曜日から日曜日とする。
- (2) 営業時間 午前8時00分から午後6時00分とする。
但し、必要に応じて24時間対応とする。
- (3) 電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とする。

7. サービスの内容

サービスの種類		
身体介護	・排泄 食事介助	・自立支援 重度化防止のための見守りの援助
	・清拭 入浴 身体整容	
	・体位交換 移動移乗 外出介助	
	・起床及び就寝介助	
	・服薬介助	
生活援助	・健康チェック	・ベッドメイク
	・環境整備	・衣類の整理 被服の補修
	・掃除	・一般的な調理 下膳
	・洗濯	・買い物 薬の受け取り

8. サービスの利用方法

(1) サービスの利用申し込み

訪問介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。
居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員と御相談ください。

(2) サービスの終了

①利用者の御都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等でやむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1カ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

次の場合は、自動的に終了いたします。(必ず連絡願います。)

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
- ・利用者が死亡した場合

④ その他

(1) 次の場合は、利用者は文書で解約することにより、即座にサービスを終了することができます。

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・守秘義務に反した場合
- ・利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・当事業所が破産した場合

(2) 次の場合、当事業所は文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを3カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内に支払われない場合
- ・利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合
- ・利用者が入院若しくは病気等により1カ月以上にわたってサービスを利用できない状態であることが明らかになった場合
- ・利用者や御家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難い背信行為を行った場合

9. 訪問介護の内容

提供するサービスの内容については、[サービス提供票]に基づいて行います。

○介護保険利用料金

利用負担については、サービス利用時の介護保険負担割合証に記載の料金に基づく額となります。ただし、介護保険給付の範囲を超えたサービスの利用は、全額自己負担となります。

料金設定の基本時間は、居宅サービス計画(ケアプラン)に定められた時間を基準とします。

10. 利用料

(1)負担割合について

※サービス利用時の介護保険負担割合証に記載の割合に基づく額となります。

ただし、介護保険給付の範囲を超えたサービスの利用は、全額自己負担となります。

料金設定の基本時間は、居宅サービス計画に定められた時間を規準とします。

(1)基本料金 要介護1～5

身体介護中心型	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間 30分未満	所定時間 1時間か ら30分増すごとに
	163円	244円	387円	567円	82円加算
生活援助中心型	20分以上45分未満		45分以上		身体介護に引き続き生活援助を行った場合
	179円		220円		65円

※加算

- ・ 初回加算 200円/月
- ・ 緊急時訪問介護加算 100円/回
- ・ 早朝(午前6時～午前8時) 夜間(午後6時～午後10時)は、所定料金の25%を加算
- ・ 深夜(午後10時～午前6時)は、所定料金の50%を加算
- ・ やむを得ない事情で、かつ利用者の同意を得て2人で訪問した場合は所定料金の200%で算定
- ・ 認知症専門ケア加算(Ⅰ) 3円/日
- ・ 特定事業所加算 1か月あたり利用の保険適用総額×20%
- ・ 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 1か月あたり利用の保険適用総額×24.5%

(2)その他

1.利用者の居宅でサービス提供するために使用する電気、水道、ガスなどの費用は、利用者のご負担となります。

2.料金の支払い方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、20日にご契約者指定金融口座より振替となります。

11. 緊急時における対応

サービス提供中に容体の変化があった場合は、事前の打ち合わせに従い、主治医、ご家族、居宅介護支援専門員等へ連絡いたします。

主治医	氏名	
	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
ご家族	氏名	
	住所	
	電話番号	
	勤務先	

1 2. サービスの内容に関する苦情

当事業所の訪問介護に関する相談・苦情等については、次のところで承ります。

ご利用ご相談窓口	窓 口	サービス提供責任者 菅原市子 齋藤智香子		
	ご利用時間	平日 午前8時00分～午後6時00分 電話等で24時間可能		
	ご利用方法	電話	0 2 3 5 - 6 2 - 2 0 0 7	
		休日夜間	0 2 3 5 - 6 2 - 2 2 3 3	
		F A X	0 2 3 5 - 6 2 - 2 5 0 1	
面接場所	指定訪問介護事業所かみじ荘			

苦情解決第三者委員 岩城 一重 山口 弘男

1 3. 虐待防止に関する事項

- ・虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について周知徹底を図る。
- ・虐待防止のための指針の整備
- ・職員に対し虐待を防止するための定期的な研修の実施
- ・前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

1 4. 看取り対応に関する事項

- ・病院、診療所又は訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連携できる体制を確保し、かつ、必要に応じて訪問介護を行うことができる体制の整備、看取り期における対応方針の策定、看取りに関する職員研修の実施等を行います。

1 5. 第三者評価の実施状況

- ・直近での実施はなし

1 6. サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

- ①提供したサービスに係る利用者及び家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。
- ②相談及び苦情に適切に対応するための体制及び手順
 - ・苦情又は相談があった場合は、必要に応じ訪問し利用者の状況を把握するための聞き取りや事情の確認を行います。
 - ・施設長は担当者に事実関係を確認します。
 - ・苦情受付担当者は、状況を把握した上で職員と検討し、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者及び家族へ対応を含めた報告を行います。（時間を要する場合でも、内容を翌日までには連絡します）

重要事項説明書の説明を受け了承致しました。

また、介護サービス計画を作成するために、私の資料(情報)を提供することに同意します。

令和 年 月 日

〒 -

利用者 住所 鶴岡市 _____

TEL _____ - - FAX _____ - -

氏名 _____

〒 -

代理人 住所 _____

(身元引受人) TEL _____ - - FAX _____ - -

氏名 _____ 続柄 _____