

重 要 事 項 説 明 書

(介護保険法に基づく第一号訪問事業)

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 054-207-9956

※ ご不明な点は何でもお尋ねください。

2 ヘルパーステーション白萩の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	ヘルパーステーション白萩
所在地	〒422-8004 静岡県駿河区国吉田6丁目6-6
介護保険指定番号	介護予防訪問介護(静岡県2274202007)
サービスを提供する地域	静岡市(西又、小布杉、三ツ野、小島地区、両河内地区及び旧安部6ヶ村地区、旧蒲原町、旧由比町を除く)

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(2) 事業所の職員体制

(訪問介護サービス)

管理者 1名

サービス提供責任者 1名以上

訪問介護員 3名以上

3 営業日及び営業案内

(1) 営業日 月曜日～金曜日(土、日曜日は応相談)

原則12月31日から1月3日を除く

(2) 営業時間 午前8:30～午後17:30まで

営業時間以外は必要に応じて応相談。

4 サービス内容

○ 身体介護

入浴・排泄・食事等の介護を行います。

○ 生活援助

調理・洗濯・掃除・買い物等日常生活の支援を行います。

* 上記のサービスは、例えばご利用者が行う調理を訪問介護員が見守りながら一緒に行うなど、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によって行います。

5 利用料金

(1)利用料

訪問介護を提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

(2)交通費

前記 2 の（１）のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、ホームヘルパーがお尋ねするための交通費が必要です。

(3)キャンセル

急なキャンセルの場合は、至急ご連絡ください。午前利用の方は前日の 17 時 30 分まで、午後利用の方は当日の朝 10 時までにご連絡をください。キャンセル料は発生いたしません。

連絡先 054-207-9956

(4)その他

- ① ご利用者の住まいで、サービスを提供するために使用する水道、ガス、電気、電話および交通費の実費（通院・買い物などの際、交通機関を使用した場合）の費用はご利用者のご負担になります。
- ② 料金のお支払い方法
毎月、20 日までに前月分の請求をいたしますので、当月末日までにお支払いください。お支払い方法は、金融機関口座からの自動引落としまたは振込みからのいずれかをご契約の際に選べます。なお、お支払い後に領収書を発行します。

6 サービスの利用方法

(1)サービスの利用開始

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ご相談ください。

(2)利用の中止、変更、追加

利用予定日の前に、ご契約者の都合により、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。

(3)サービスの終了

- ① ご利用者の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 週間前までにお申し出ください。
- ② 事業所の都合でサービスを終了する場合
 - ・人員不足など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、終了一ヶ月前までに文書で通知いたします。
- ③ 自動終了
以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

- ・ ご利用者が介護保険施設に入所した場合。
- ・ 要介護認定又は要支援認定により利用者の心身の状況が要介護又は自立と判定された場合。
- ・ ご利用者がお亡くなりになった場合。

④ その他

- ・ 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、ご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なった場合、または事業所が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払いが3ヵ月以上延滞し、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、または利用者やご家族などが事業所の介護職員等に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行なった場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただきます。

7 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化があった場合は、事前の打ち合わせにより 主治医・救急隊・ご家族・居宅介護支援事業者などへ連絡いたします。

主治医	氏 名 連絡先	
ご家族	氏 名 連絡先	
その他	氏 名 連絡先	

8. 秘密保持

- (1) 事業所及び事業所を利用するものは、サービスを提供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。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (2) 事業所は、利用者から予め同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。
- (3) 事業所は、利用者のご家族から予め同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該ご家族の個人情報を用いませぬ。尚、同意を得た場合は同意書をいただきます。

9. サービス内容に関する苦情

事業所は、利用者からの相談、苦情等に対する窓口を設置し、介護保険法に基づく第一号訪問事業に関する利用者の要望苦情等に対し、迅速に対応します。

担当 管理者 長野恵美子

電話 054-207-9956

また事業所以外に、下記の相談窓口にも苦情相談ができます。

- ・ 静岡市役所（介護保険課） 054-221-1377
- ・ 国民健康保険団体連合会 054-253-5580
- ・ 城東保健福祉センター 054-249-3180

1 0 虐待の防止について

事業所は利用者と人権の擁護虐待の防止等のために次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し職員に周知徹底を図ります。
- (2) 苦情解決体制を整備しています
- (3) 虐待防止を啓発普及するための研修を職員に対し定期的の実施しています。
- (4) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

責任者 管理者 長野恵美子

- (5) サービス提供中に、当該事業所職員または養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかにこれを市長村に通報します。

1 1 衛生管理等について

- (1) 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行います。
- (2) 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- (3) 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6ヶ月に1回以上開催します。
- (4) 職員に対し感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的の実施します。

1 2 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための非常時の体制で、早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画にしたがって必要な措置を講じます。
- (2) 感染症に係る業務継続計画及び災害にかかる業務継続計画を作成します。
- (3) 職員に対し、業務継続計画について周知するとともに必要な研修及び訓練を定期的の実施します。

1 3 ハラスメント防止について

事業所は、適切な訪問介護の提供を確保する観点から、ハラスメントに該当する行為のない快適な就業環境を確保するため、必要な措置を講じます。

下記のような行為があった場合、状況によってはサービスの提供を停止させて頂く場合があります。

- (1) 性的な話をする、必要もなく手を触る等のセクシャルハラスメント行為
- (2) 特定の看護職員等に嫌がらせをする、理不尽なサービスを要求する等の精神的暴力行為
- (3) 叩く、つねる、払いのける等の身体的暴力行為
- (4) 長時間の電話、看護職員等や事業所に対して理不尽な苦情を申し立てる等のその他行為

1 4 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施状況の有無 有・☒無

令和 年 月 日

介護予防訪問介護の提供開始に当たり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 〒422-8004
静岡市駿河区国吉田 6 目 6-6
名 称 医療法人 社団 秀慈会
ヘルパーステーション白萩

説明者 印

私は契約書および本書面により、事業者から介護保険法に基づく第一号訪問事業についての重要事項の説明を受けました。

利用者

住 所

氏 名 印

代理人

住 所

氏 名 印

個人情報の使用

1. ご利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業所との連絡調整等において必要な場合に使用します。
2. 十分な介護サービスを行うにあたり、介護支援専門員、関連事業者等への個人情報を提供することがあります。その際、個人情報の提供は必要最小限とし、関係者以外のものに漏れることのないよう細心の注意を払います。また、個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておきます。
3. ご利用者が必要最小限の個人情報を事業者に与えなかった場合、十分なサービスが行えない可能性が生じます。
4. 個人情報の開示拒否、個人情報の訂正、削除の場合は、速やかに契約事業所まで文書でお申し出ください。

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）は上記内容を理解し、必要最低限の範囲内で個人情報を使用することに同意します。尚、ご本人が意思表示が困難な場合は、代理人による同意を頂きます。

令和 年 月 日

医療法人社団 秀慈会

ヘルパーステーション白萩 殿

(利用者) 住所 _____

氏名 _____ (印)

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ (印)

(利用者家族) 住所 _____

氏名 _____ (印)