

重要事項説明書

1. 事業者の概要

事業者名称	社会福祉法人 えちご府中会
所在地	〒942-0071 新潟県上越市東雲町 2-11-6
電話番号	025-545-2627
代表者名	梅田 実
設立年月日	平成9年4月1日
事業所数	13事業所（令和4年4月1日 現在）

2. 事業所の概要

事業所名称	指定訪問介護事業所 五智ヘルパーステーション
所在地	〒942-0081 新潟県上越市五智 6-6-11
電話番号	025-543-2620
サービスの種類	訪問介護
介護保険事業者番号	第1570302420号
管理者氏名	間嶋 圭介
サービス提供地域	合併前の上越市
開設年月日	平成18年10月1日

3. 事業所の職員体制

職種	従事するサービスの内容等	人員
管理者	事業所の従業員の管理及び業務の実施状況の把握及び業務の管理を一元的に行います。	1名 (常勤兼務)
サービス提供責任者	事業所に対する訪問介護の利用申し込みに係る調整、訪問介護員などに対する技術指導、訪問介護計画の作成などを行い、自らも訪問介護の提供にあたります。	1名以上 (常勤)

職 種	従事するサービスの内容等	人員
訪問介護員	利用者に対する入浴や排泄の介助など身体介護や掃除、調理など生活援助など訪問介護の提供にあたります。	1.5名以上 (常勤換算)

4. 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～土曜日
営 業 時 間	事業所窓口は、午前8時30分～午後5時30分までを基本とします
サービス提供時間	利用者の希望に応じて24時間対応可能な体制をとります

5. サービス利用料及び利用者負担

- (1) 利用者に提供するサービス内容、利用料につきましては、厚生労働大臣が定める基準によるものとします。

利用者負担金は、法定代理受領サービスの場合については、1割となります。

- (2) 負担金その他の費用は、サービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により、ご請求いたします。請求書は、利用明細を添えて、利用月の翌月15～23日前後に利用者宛にお届けいたします。

- (3) 負担金その他の費用のお支払いは、次の方法よりお支払い願います。

口 座 引 き 落 と し	サービス利用月の翌月25日に、法人が指定した金融機関から口座より引き落とします。
---------------	--

- (4) お支払いを確認致しました後、領収書を発行いたします。大切に保管をお願いいたします。

6. キャンセル

利用者がサービスの利用を中止する際には、速やかに所定の連絡先までご連絡ください。

連絡先：指定訪問介護事業所 五智ヘルパーステーション

電 話：025-543-2620

利用者の都合でサービスを中止する際には、サービスご利用前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください。

(但し、利用者の容態の急変等、やむを得ない場合はこの限りではありません)

時 期	キャンセル料
サービス利用日の当日	利用者自己負担金の 100%

7. 運営の方針

事業所は、介護保険法等の関係法令にしたがい、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、必要なサービスその他の便宜を提供いたします。また、利用者の意思、人格を尊重し、関係市、地域の保険、医療、福祉サービスとの連携を図り、常に利用者の立場に立った総合的なサービスの提供に努めます。

8. 緊急時の対応

事業所は、利用者に対するサービスの提供により、利用者の病状の急変が生じた場合やその他必要な場合には、速やかに主治医へ連絡を行う等の措置を講じます。

9. 事故発生時の対応

- (1) 事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には速やかに利用者の家族、主治医、介護予防支援事業者、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、事故が発生した場合は、その原因を解明し、再発を防ぐ為の対策を講じます。
- (3) 事業所は、利用者に対するサービスの提供より発生した事故等により利用者の生命、身体、財産等に被害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらない場合は、この限りではありません。

10. 賠償責任保険への加入

事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名：あいおい損害保険株式会社

保 険 名：介護保険・社会福祉事業者総合保険

11. その他運営に関する留意事項

事業所の従業者の資質向上を図るために研修の機会を次のとおり設けるものとし、又、業務の執行体制についても整備いたします。

① 採用時研修 採用後 3 か月以内

【入社時オリエンテーション、ヘルパーの心得、同行訪問、等】

② 継続研修 年 1 回以上

【ケースカンファレンス、外部講習会への参加等】

- ◎ 従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らすことはありません。

12. 相談窓口・苦情対策

- ◎ 苦情対策の体制及び手順は『利用者からの苦情を処理するために講じる措置の概要』を参照ください。

- ◎ サービスに関する相談や苦情については、次の窓口にて対応いたします。

相談受付窓口 電 話 番 号 025-543-2620

F A X 番 号 025-545-4375

サービス提供責任者 間嶋 圭介

別添 サービス内容説明書

1. サービスの内容

- (1) 「訪問介護サービス・介護予防訪問介護サービス」は、利用者の居宅において訪問介護員（ホームヘルパー）を派遣して、①身体介護（入浴、排泄、食事等の介護）、②生活援助（調理、洗濯、掃除等の家事その他日常生活の援助）を行うサービスです。
- (2) 事業所は、次のサービスの中から指定の時間帯に応じて選択されたサービスを提供します。

【サービス内容区分】

身 体 介 護		生 活 援 助
① 起床介助	⑧ 食事介助	① 調理
② 就寝介助	⑨ 体位変換	② 洗濯
③ 排せつ介助	⑩ 服薬介助（確認）	③ 住居の掃除
④ 衣服の着脱介助	⑪ 通院等外出介助	④ 買い物
⑤ 整容介助	⑫ その他	⑤ 薬の受取り
⑥ 身体の清拭・洗髪		⑥ 衣服の入替え等
⑦ 入浴介助		⑦ その他

※ 介護保険制度上で実施できないサービス内容

- ・『本人の援助』に該当しない行為
（家族等のための洗濯、調理、買い物、利用者が使用する居室以外の掃除、来客の応接等）
- ・生産活動に係る行為、商品の販売
- ・日常生活に該当しない行為
（庭の草むしり、花木の水やり、犬の散歩等ペットの世話、家具等の移動、大掃除、窓のガラス磨き、室内外家屋の修理、正月料理等の特別な調理等）
- ・旅行、冠婚葬祭、通学など特別な外出介助

- (3) サービス提供にあたり、居宅介護サービス計画に沿った「訪問介護計画書又は介護予防訪問介護計画書」を作成いたします。

2. サービス提供担当者等

サービスについてご相談やご不満がある場合には、下記までご連絡ください。

サービス提供責任者： 間嶋 圭介 連絡先： 025-543-2620

3. その他

サービス提供の際の事故やトラブルを避ける為、次の事項にご留意ください。

- ① 訪問介護員は、年金等の金銭の取り扱いはしかねますので、ご了承ください。
(生活援助として行う買い物等に伴う少額の金銭の扱いは可能です。)
- ② 訪問介護員は、医療行為ができません。
- ③ 訪問介護員による入浴介助は、体調が安定されていない時など、援助ができない事があります。(訪問入浴、訪問看護など他サービス利用のための援助を行います。)
- ④ 訪問介護は、安定した派遣を提供するため、訪問介護員の体調不良時などは、代行職員の派遣を行っております。
- ⑤ 訪問介護員に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所の名称	五智ヘルパーステーション
提供するサービスの種類	訪問介護

苦情の相談窓口を次の通り設置致します。

1 窓口設置箇所 上越市五智 6-6-11 上越五智養護老人ホーム事務所内
電話 025-543-2620

2 窓口受付時間 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分まで

3 苦情体制

(苦情解決責任者) 所長 (施設長) 嶺村 賢一

(苦情受付担当者) 管理者 兼サービス提供責任者 間嶋 圭介

(第三者委員) 社会福祉法人えちご府中会 評議員 小林 恵子

連絡先 上越市春日山町 3-19-11

電話 025-522-5972

社会福祉法人えちご府中会 岩片 稔彦

連絡先 上越市西本町 4-2-5

電話 025-543-2895

4、苦情の手順

(1) 受付

苦情受付担当者へ随時お申し出下さい。また、第三者委員へ直接申し出ることもできます。

(2) 受付の報告・確認

申し出人に苦情の内容を確認し第三者委員に報告します。

(3) 苦情解決に向けての話し合い

申し出人と誠意を持って話し合い、必要に応じて第三者委員の助言を得ながら解決に努めます。

(4) 苦情結果の公表

サービスの質の向上を図る為、個人情報に関するものは除き公表させていただきます。

◆ 市区町村介護保険相談窓口

上越市高齢者支援課

所在地 新潟県上越市木田 1-1-3

電話 025-526-5111

◆ 新潟県国民健康保険団体連合会 (国保連)

所在地 新潟県新潟市新光町 4-1

電話 025-285-3072

【説明確認欄】

令和 年 月 日

訪問介護サービス契約又は介護予防訪問介護サービスの締結にあたり、上記の重要事項を交付し、説明いたしました。

事業所 名称 社会福祉法人えちご府中会
指定訪問介護事業所 五智ヘルパーステーション

説明者 _____ 印

訪問介護サービス契約又は介護予防訪問介護サービスの締結にあたり、重要事項の交付、説明を受け、同意しました。

利用者 氏名 _____ 印

代理人 氏名 _____ 印

※代理人を指名した場合のみ記入、押印