

重要事項説明書

1. 事業の目的と運営方針

要介護状態にある方に対し、適正な訪問介護を提供することにより要介護状態の維持、改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。

また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業者の内容

(1) 提供できるサービスの地域

事業所名 双和会訪問介護ステーションはっぴー

指定番号 事業者番号 1871700678

所在地 福井県坂井市三国町陣ヶ岡35-1-8

管理者の氏名 佐野 増美

電話番号 090-7743-2266

FAX番号 0776-82-1270

サービスを提供する地域 坂井市 あわら市

(2) 事業所の従業者体制

	職務の内容	常勤	非常勤	合計
管理者	業務の一元的な管理	1名	—	1名
サービス提供責任者		1名	1名	2名
訪問介護員等	訪問介護の提供	1名	5名	6名

(3) 営業日及び営業時間

営業日 年中無休（1/1～1/3は休み）

受付時間 月～金 9時00分～17時30分

サービス提供時間 8時00分～18時00分

3. サービスの内容

(1) 身体介護

① 食事介助

食事の介助で、全面介助、一部介助又は見守りを行います。配膳から下膳まで含まれます。

② 入浴介助

浴室への誘導や見守り、入浴中の洗身等を行います。ただし、本人が全く自力で移動ができない場合等には、訪問入浴サービス等の他のサービスが必要です。

③ 排泄介助

おむつ交換、採尿器や差し込み便器の介助、トイレやポータブルトイレへの移動介助又は見守り、誘導を行います。

④ 清拭

身体を清潔に保つため、全身又は部分的に身体を拭きます。

⑤ 体位交換

褥創の防止のために、一日何回か体位変換を行う際の介助を行います。

⑥ 着脱介助

衣服の着脱の介助を行います。利用者が自分で行えるように配慮しながら行います。

⑦ 整容介助

身繕いを介助します。整髪、美容、爪切り等が含まれます。

(2) 生活援助

① 買物

日用品や食料品など生活必需品の買物を行います。買物に伴う金銭管理には十分注意し、常に利用者の確認を得ながら行います。利用者宅から買物に出かけることが原則ですが、派遣時間との関係等により訪問前に買物を行う場合は、利用者やサービス提供責任者等と十分相談し、買物の内容や金銭管理について確認のうえ行います。

② 調理

利用者のための食事の調理、配膳、食後の後片づけ、食品の管理を行います。利用者以外の家族等の食事の調理は提供できません。

③ 掃除

居室等の掃除、布団干し、日常生活用品等の整理整頓等を行います。居室等とは、利用者が日常生活に使用している部屋、台所、トイレ、風呂場等です。

④ 洗濯

日常的な衣類の洗濯、乾燥、洗濯物の取り込み整理、小物のアイロンがけのほか、ボタン付けや衣類のほつれの修繕など、専門的技術が必要なく、短時間でできる範囲内の補修です。

⑤ 衣類の入れ替え

季節の変わり目における衣服の入れ替え、寝具の交換等を行います。

4. 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、平常の時間帯（8：00～18：00）での、1回の料金は（契約書別紙）の通りです。当該訪問介護が法廷代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

5. サービス利用に当たっての留意事項

- ①利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業者にご一報ください。
- ②事業所では、原則として利用者宅の鍵のお預かりはいたしません。鍵の取り扱いについては、利用者又はその家族とご相談させていただきます。
- ③従業者に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

6. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、従業者等の訓練を行います。

7. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡等をとるなど必要な措置を講じます。

8. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

9. 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。
また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

10. 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシー保護のため業務マニュアルを作成し、従業者教育を行います。

11. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。
ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

12. 苦情相談窓口

※サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応します。

苦情受付窓口：（サービス提供責任者 新谷洋子）

苦情解決責任者：（管理者 佐野増美）

受付時間： 月～金曜日 9時00分～17時30分

ご利用方法： 電話（090-7743-2266）

※公的機関においても、次の機関において苦情申し出ができます。

福祉サービス全般：福井県社会福祉協議会、運営適正化委員会窓口（0776-24-2347）

介護保険サービス：福井県国民健康保険団体連合会、苦情処理窓口（0776-57-1614）

坂井地区介護保険広域連合（0776-72-3305）

坂井市福祉保健部健康長寿課（0776-50-3040）

あわら市市民福祉部健康長寿課（0776-73-8022）

※苦情処理第三者委員 荒井 一 氏 （0776-81-4374）

渡邊 邦鋭 氏 （0776-51-5023）

公平中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける委員です。

13. 緊急時における対応方法

サービス提供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、速やかに下記的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	医療機関の名称	
	氏名	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄）	
	電話番号	

14. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご利用者様に生じた損害については、事業者は、速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、損害の発生について、ご利用者様に故意又は過失が認められた場合には、ご利用者様の置かれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、事業者の損害賠償責任を減じさせていただきます。

令和 年 月 日

指定訪問介護サービスの開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し交付しました。

<事業者>

所在地 福井県坂井市三国町陣ヶ岡35-1-8
事業所名 双和会訪問介護ステーションはっぴー
(指定番号 1871700678)
管理者名 佐野 増美 印
説明者 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定訪問介護サービスについて重要事項説明を受け同意しました。

※令和3年度介護報酬及び基準改定等に伴う文書簡略化等に鑑み、記名（印字又はゴム印）の場合のみ要押印とし、署名の場合押印省略とします。

<利用者>

住所
氏名 印

<利用者代理人（選任した場合）>

住所
氏名 印（続柄 ）

双和会訪問介護ステーションはっぴー
介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）契約書別紙（兼重要事項説明書）

様に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 双和会
主たる事務所の所在地	〒919-0476 福井県坂井市春江町針原48-28-1
代表者（職名・氏名）	理事長 尾崎 司
設 立 年 月 日	昭和56年9月16日
電 話 番 号	0776-51-6233

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	双和会訪問介護ステーションはっぴー	
サービスの種類	第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）	
事業所の所在地	〒913-0062 坂井市三国町陣ヶ岡35-1-8	
電 話 番 号	0776-82-5003	
指定年月日・事業所番号	平成18年10月25日指定	1871700678
管理者の氏名	佐野 増美	
通常の事業の実施地域	坂井市 あわら市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常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とともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排せつや食事等の介助、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世話をを行うサービスです。

具体的には、サービスの内容により、以下の区分に分けられます。

身体介護	利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助や専門的な援助を行います。 例) 起床介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭（せいしき）、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助など
生活援助	家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。 例) 調理、洗濯、掃除・買い物、薬の受け取り、衣類の整理など

5. 営業日時

営業日	年中無休、ただし1月1日～3日を除きます。
営業時間	午前8時から午後6時まで (サービス提供時間) 午前8時30分午後5時30分

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	常勤1名
サービス提供責任者	常勤1名 非常勤1名
訪問介護職員	常勤換算2.5人以上

7. サービス提供の責任者

サービス提供の責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

サービス提供責任者の氏名	佐野増美 ・ 新谷洋子
--------------	-------------

8. 利用料

サービスを利用した場合の「基本利用料」は別紙のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料に、介護負担割合証に記載の割合を乗じた額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

9. 支払い方法

利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた

後、7日以内に差し上げます。

支払方法	支払要件等
口座引落とし	サービスを利用した月の翌月の15日（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 銀行 支店 普通口座
銀行振込	サービスを利用した月の翌月の15日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 福井銀行 三国支店 普通口座 1321949 社会福祉法人 双和会 双和会訪問介護ステーション 理事長 尾崎司
現金払	サービスを利用した月の翌月の15日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

10. 緊急時における対応方法

サービス提供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	医療機関の名称	
	氏名	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄）	
	電話番号	

11. 事故発生時の対応

- (1) 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及び坂井地区広域連合等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
また、事故の再発防止策を講じます。
- (2) サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

12. 苦情相談窓口

- (1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0776-82-5822 苦情受付担当者 新谷洋子 苦情受付解決者 佐野増美 面接場所 当事業所の相談室
---------	--

- (2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	坂井地区広域連合 介護保険課	電話番号 0776-91-3309
	福井県国民健康保険団体連合会	電話番号 0776-57-1614

13. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問介護職員は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。
 - ① 医療行為及び医療補助行為
 - ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
 - ③ 他の家族の方に対する食事の準備 など
- (2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

<事業者>

所在地 福井県坂井市三国町陣ヶ岡35-1-8

事業所名 双和会訪問介護ステーションはっぴー
(指定番号 1871700678)

管理者名 佐野 増美 印

説明者

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所

氏名 印

署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏名 印

※令和3年度介護報酬及び基準改定等の伴う文書簡略化等に鑑み、記名（印字又はゴム印）の場合のみ要押印とし、署名の場合押印省略とします。