

介護予防・日常生活支援総合事業 ホームヘルプステーション中矢田 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

(京都府指定 事業者番号 第2671600753号)

当事業所は、契約者(以下、利用者という)に対して介護予防訪問介護相当サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容など、契約上ご注意ください。以下の通り説明します。

1. 運営の方針

- (1) 当事業所は、要支援者等に必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。
- (2) 事業の実施にあたっては、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ます。

2. 法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 友愛会
代表者 役職・氏名	理事長 前渕 功
所在地	(住所) 〒621-0251 京都府亀岡市本梅町平松ナベ倉12
法人設立年月日	1973年(昭和48年)1月5日
当法人の事業	1. 高齢者あんしんサポートハウス 亀岡友愛園 2. 特別養護老人ホーム(指定介護老人福祉施設) 3. ショートステイ(介護予防)短期入所生活介護 4. デイサービスセンター(介護予防)通所介護 5. ホームヘルプステーション(介護予防)訪問介護 6. 居宅介護支援事業所 7. 地域包括支援センター(介護予防支援) 8. 地域密着型サービス 『すずらん』(認知症対応型共同生活介護) (小規模多機能型居宅介護)

3. 事業所の概要

(1) 事業所名称

事業所名称	ホームヘルプステーション中矢田
事業所所在地	(住所) 〒621-0855 京都府亀岡市中矢田町馬場ノ溝13-15 矢田苑8号室
連絡先	(TEL) 0771-55-6650

	(FAX) 0771-55-6651
管理者の氏名	伊藤 真由美

(2) 事業所の職員体制

職 種	資 格	員 数	業務内容
管理者(兼務)	介護福祉士	常勤1人(兼務)	従業者の業務の管理等
サービス提供責任者(兼務)	介護福祉士	常勤2人(兼務)	サービス調整、訪問介護計画作成、担当者会議への出席等

職 種	資 格	勤務体制		
		常勤	非常勤	計
訪問介護員	介護福祉士	2人	9人	11人
	ホームヘルパー1級課程修了	0人	0人	0人
	ホームヘルパー2級課程修了	0人	5人	5人

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	京都府亀岡市全域
---------	----------

(4) サービスの提供時間帯

	通常時間帯 9:00~18:00	備考
平 日	○	休業日(12/29~1/3)
土・日・祭日	○	

4. 訪問介護サービスの内容

訪問介護サービス事業者等の作成する介護予防プランに基づき実施します。

※ サービス利用にあたっての禁止行為

- (1) 利用者の家族等に対するサービス提供
- (2) 利用者が不在時のサービス提供
- (3) 医療行為
- (4) 訪問介護員及び事業者の職員に対しておこなう暴言・暴力、いやがらせ、誹謗中傷、性的な言動などの迷惑行為
- (5) サービス利用中に訪問介護員を含む写真や動画の撮影・録音などの行為、またそれらをインターネット等に掲載し公開すること

5. 利用料金について

- (1) 利用料
(別紙)をご参照ください。
- (2) 交通費

前記3の(3)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

(3) その他

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、電気等の費用は利用者の負担になります。

《お支払方法》は、

- ・現金(亀岡友愛園窓口)
- ・口座自動引き落とし(郵便局, J A)

引き落とし日は翌月の18日です。

- ・振り込み(郵便局、J A、銀行)の3通りの中から、契約時に選んでいただきます。

振り込み手数料はご利用者様のご負担となります。

現金精算、振り込みでの精算は利用月の翌日末までにお支払いをお願いします。

6. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

①この説明書により利用者からの同意を得た後、当事業所のサービス提供責任者が介護予防訪問介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。

②利用者が介護予防プランの作成を依頼している場合は、事前に介護予防支援事業者にご相談ください。

(2) 訪問の中止及び変更

- ・介護員が訪問前のお宅で感染症の疑いのある方へサービスを提供した場合(感染経路を遮断するため)

台風、大雨や積雪等により、サービスの提供が危険、困難と当事業所が判断した場合は、訪問の中止や変更をご相談することがあります。

(3) サービスの終了

①利用者の都合でサービスを終了する場合は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下さい。

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、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。

- ・利用者が介護保険施設に入所された場合
- ・介護予防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。または、要介護1～5と認定された場合(※この場合、条件を変更して再度契約することができます)。
- ・利用者がお亡くなりになった場合

④その他

- ・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、または当事業所が事業の継続が困難になった場合、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を 1 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 30 日以内に支払わない場合、または利用者や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ほどの背信行為を行った場合は、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く場合がございます。

7. 事業所の特徴等

(1) 運営の方針

- ①事業所の訪問介護員等は、要支援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行います。
- ②事業の実施に当たっては、関係市町村、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。

(2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
ホームヘルパーの変更の可否	○	変更を希望される方はお申し出ください
男性ヘルパーの有無	×	
従業員への研修の実施	○	すべての訪問介護員等に対し、個別の訪問介護員等に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実施します。 ① 採用時研修 採用後 2 ヶ月以内 ② 継続研修 年 2 回以上
その他		事業所は、すべての訪問介護員等に対し、健康診断等を定期的実施します。 利用者に関する情報伝達又は訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的開催します。

8. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
家族	氏名	
	連絡先	

9. 事故発生時の対応方法について

サービスの提供中に事故が発生した場合は、家族及び関係機関等へ連絡するとともに必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに賠償いたします。

10. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 相談・苦情担当

電話	(0771)-55-6650
担当	伊藤 真由美

(2) 苦情解決責任者

電話	(0771)-26-0038
担当	柴田 一馬

(3) その他

当事業所以外に、下記の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

亀岡市高齢福祉課	電話	0771-25-5182
京都府国民健康保険団体連合会 苦情処理窓口	電話	075-354-9090

訪問介護サービスの提供開始にあたり、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。

令和 年 月 日

《事業者》

所在地 〒621-0855 京都府亀岡市中矢田町馬場ノ溝 13-15 矢田苑 8 号室

名 称 社会福祉法人 友愛会

【説明者】 所属 ホームヘルプステーション中矢田

名前 印

私は、事業者から訪問介護サービスについての重要事項の説明を受け、サービスを受けること並びにその利用料を支払うことに同意します。また、サービス担当者会議等においても私並びに家族の個人情報を用いることに同意します。

令和 年 月 日

《利用者》（〒 ー ）

住所

名前 印

《代理人》（〒 ー ）

住所

名前 印

【総合事業訪問型サービス料金表】（別紙）

令和6年6月、介護報酬改定に伴う利用料は、下記の通りです。
ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

予防訪問介護Ⅰ	週に1回程度	1176 単位／月額
予防訪問介護Ⅱ	週に2回程度	2349 単位／月額
予防訪問介護Ⅲ	週に2回を超えた場合 (要支援2のみ)	3727 単位／月額

※利用者の都合により休まれ、利用日数が予定より少ない場合も、上記の負担額となります。

その他の加算

初回加算	1月につき200単位
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位の24.5%
地域区分	合計単位×10.42

令和 年 月 日 《説明者》

《利用者》

《利用者》

《代理人》

《家族》
