

ヘルパーステーション ちょうじゅそう 重要事項説明書

様（以下「利用者」といいます。）に対する訪問介護、第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）サービスの提供にあたり、函館市の条例に基づいて、当事業所が説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人 戸井福祉会
代表者氏名	理事長 新谷 義克
事業者所在地 (連絡先及び電話番号等)	函館市釜谷町605番地1 電話0138-82-3535・FAX0138-82-3563

2. 事業所概要

事業所名称	ヘルパーステーション ちょうじゅそう
介護保険指定 事業所番号	0171500283
事業所所在地	函館市釜谷町605番地1
連絡先	電話0138-83-7133・FAX0138-82-3563
管理者	臼渕 貴子
事業所の通常の 事業の実施地域	函館市のうち、湯川町1～3丁目、湯浜町、戸倉町、榎本町、上野町、高丘町、滝沢町、見晴町、上湯川町、旭岡町、西旭岡町1～3丁目、庵原町、亀尾町、米原町、東畑町、根崎町、高松町、志海苔町、瀬戸川町、赤坂町、銭亀町、中野町、新湊町、石倉町、古川町、豊原町、石崎町、鶴野町、白石町、戸井地区とする。

※上記地区以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

3. 事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

社会福祉法人 戸井福祉会が設置する訪問介護事業所 ちょうじゅそう（以下「事業所」という。）において実施する指定訪問介護、第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）（以下「事業」という。）の適正な人員及び業務管理に関する重要事項を定めることにより、事業の円滑な運営管理を図り、利用者が可能な限り居宅においてその能力に応じ自立した生活を営むことができるよう適切な指定訪問介護、第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）（以下「訪問介護」という。）を提供することを目的とする。

(2) 運営方針

事業所の訪問介護職員は入浴、排泄、食事の介助、その他の生活全般にわたる援助を行い、要介護者、要支援者および事業対象者（以下「利用者」という。）が快適な在宅生活を継続できるように支援することを旨とする。

- 2 利用者の心身の特性を踏まえ、その在宅生活上の目標を設定し、計画的に行うものとする。
- 3 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
- 4 事業に当たっては、地域や家族との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

4. 職員体制

職種	常勤		非常勤		備考
	専従	兼務	専従	兼務	
管理者		1			訪問介護員兼務
サービス提供責任者		1			訪問介護員兼務
訪問介護員	介護福祉士	2		2	サービス付き高齢者住宅兼務
	初任者研修修了者	2			サービス付き高齢者住宅兼務

5. 職員の勤務体制

職員の職種	勤務体制	備考
管理者	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）	その他勤務時間 居宅サービス計画書に沿ったサービス 提供が可能な勤務時間とする。
介護員等	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）	

6. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日
営業時間	午前9時00分から午後6時00分まで

※ ただし、24時間体制にて電話での相談及び緊急時訪問を行います。

7. サービスの方針

(1) サービス提供にあたっては、要介護状態及び要支援状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。

(2) サービスの提供は、懇切丁寧に行い、わかりやすいよう説明します。なお、ご不明な点につきましては、担当職員に遠慮なく質問してください。

(3) サービス提供にあたっては、訪問介護計画書、第1号訪問事業計画書（以下「計画書等」という。）に基づき、適切に実施いたします。

8. 具体的なサービス内容

〈身体介護〉

- ①起床・就寝介助 ②排泄介助 ③衣服の着脱 ④整容（理髪を含む） ⑤身体の清拭・洗髪 ⑥入浴介助
⑦食事介助 ⑧体位変換 ⑨服薬管理 ⑩通院介助 ⑪移動介助 ⑫外出介助 ⑬その他必要な身体介護

〈生活援助〉

- ①調理・後片付け ②洗濯 ③住居の掃除・整理整頓 ④買い物 ⑤薬の受け取り ⑥衣服の整理・補修⑦パ
ッドメイク・布団干し ⑧代読・代筆等 ⑨その他必要な家事

9. 利用料金

利用料金の詳細については、「別紙1」をご参照ください。

サービス内容の見積もりについては、「別紙2」をご参照下さい。

10. 利用料等のお支払い方法

(1) 通則	毎月15日頃に前月分の請求書を発送いたします。25日引落としです。
お支払い方法	ゆうちょ銀行口座より お引落とし

上記引き落としが出来なかった場合は、以下の方法でお支払いをして下さい。

- ① 事業所指定口座への振り込み
- ② 現金支払い

(2) お支払いの確認をされましたら、支払い方法のいかんによらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。)

11. 利用の中止、変更、追加

- (1) 利用者の都合により、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。この場合、利用予定日の前日17時までに事業所に申し出てください。
- (2) サービスの利用の変更・追加の申し出に対して事業所及び訪問介護員の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合、他の利用可能期間又は日時を利用者に提示して協議します。

12. サービス実施時の留意事項

- (1) 定められた業務以外のサービスの禁止

訪問介護サービスの利用にあたり、利用者は本書面に記載されているサービス以外の業務を事業所に依頼することはできません。

- (2) 訪問介護サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業所が行います。但し、事業所は訪問介護サービスの実施にあたってご利用者の事情・意向等に十分配慮するものとします。

- (3) 備品等の使用

訪問介護サービスの実施のために使用する水道・ガス・電気・電話代・介護用品・衛生管理用品等の費用は利用者の負担となります。

- (4) 第三者評価の実施 なし

13. サービス内容に関する苦情等申立先

【事業所】 ご利用相談室	窓口担当者 管理者 電話番号 0138-83-7133 受付時間 月曜～金曜日 9:00～18:00 利用方法 電話及び面接 苦情箱（事務所前に設置）
第三者委員	館山 澄子 電話 0138-82-2547 函館市釜谷町95-2 角田 和子 電話 0138-82-2733 函館市釜谷町197 小林 美樹子 電話 080-8370-9255 函館市宮前町28-10
【市町村（保険者）】 函館市役所 保健福祉部 高齢福祉課 高齢者・介護総合相談窓口	所在地 函館市東雲町4番13号 電話番号 0138-21-3025 受付時間 8:45～17:30（土日祝は休み）
【公的団体】 北海道国民健康保険団体連合会 企画苦情係	所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 電話番号 011-231-5175 FAX 011-233-2178 受付時間 9:00～17:00（土日祝は休み）

14. 事故発生時の対応について

- (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又は身元引受人に連絡を取ると共に函館市及び関係機関に報告を行い、必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、利用者に対する訪問介護サービスの提供中に万が一事故が発生した場合は、すみやかに利用者の損害を賠償します。ただし、事業所に故意過失がない場合にはこの限りではありません。
- (3) 前項の場合において、当該事故発生につき利用者に重過失がある場合は、この限りではありません。

15. 緊急時における対応について

- (1) 事業所の職員は、サービスの提供中に事故、利用者の症状の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに利用者の家族へ連絡を取り、必要に応じて主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡等必要な措置を講ずるとともに、管理者に報告します。
- (2) 管理者は、函館市、利用者に係る介護支援事業者等関係機関に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

16. 秘密保持

- (1) 本事業所の従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を厳守します。
- (2) 職員であった者が、その退職後もこれらの秘密を保持すべき旨を雇用契約の内容としています。
- (3) 個人情報、居宅サービス担当者会議等の連絡調整等において必要最低限の情報提供に留め使用に当たっては、個人情報使用の同意を得て行います。

17. 介護職員の禁止事項

介護職員はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ② 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ 利用者の家族等に対するサービス提供
- ④ 利用者の居宅での、喫煙、飲食
- ⑤ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑥ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

本書面の内容を証するため、利用者、事業所は署名又は記名押印のうえ本重要事項説明書を2通作成し、利用者、事業所各1通保有します。

私は、以上の内容を本書面に基づいて事業所の職員から、説明を受け、指定訪問介護、第1号訪問事業（国基準訪問型サービス）の提供開始に同意しました。

ヘルパーステーション ちょうじゅそう

説明者(職員氏名) _____ 印

重要事項説明書の説明年月日 年 月 日

(利用者)

住 所

氏 名

電話番号

印

(署名代行者)

住 所

氏 名

電話番号

署名を代行した理由

印

(家族代表)

住 所

氏 名

利用者との続柄

電話番号

印

