

## 重要事項説明書

### 1 事業所の概要

|           |                       |
|-----------|-----------------------|
| 事業所名      | 夜間ヘルパーステーション 絆        |
| 所在地       | 神奈川県伊勢原市高森3004番地の2    |
| 介護保険事業所番号 | 1494000050号           |
| 管理者及び連絡先  | 須田 崇嗣<br>0463-75-9850 |

### 2 事業所の職員体制等

| 職 種    | 人 員              |
|--------|------------------|
| 管理者    | 1名（常勤兼務1名）       |
| オペレーター | 11名（常勤兼6名、非常勤5名） |
| 面接相談員  | 1名以上             |
| 訪問介護員  | 11名（常勤兼6名、非常勤5名） |

### 3 サービス提供地域

伊勢原市

### 4 サービス提供時間

- ① 営業日 月曜日～日曜日（年中無休）
- ② 営業時間 相談 午前8時30分～午後5時30分  
サービス提供 午後6時00分～午前8時00分

### 5 利用者負担金

- （1）利用者の方からいただく利用者負担金は、次表のとおりです。この金額は、次の3種類に分かれます。（なお、2）又は3）の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければならないこととされています。疑問点等があれば、お尋ねください。）

| 区分             | 金額（単位） | 内容の説明                          |
|----------------|--------|--------------------------------|
| ① 基本夜間対応型訪問介護費 | 989単位  | 1ヶ月あたりの負担額です。                  |
| ② 定期巡回サービス費    | 372単位  | 1回あたりの負担額です。                   |
| ③ 随時訪問サービス費（Ⅰ） | 567単位  | 1回あたりの負担額です。<br>（訪問介護員1名対応の場合） |
| ④ 随時訪問サービス費（Ⅱ） | 764単位  | 1回あたりの負担額です。                   |

|                                                                                   |       |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------|
|                                                                                   |       | (訪問介護員 2 名対応の場合)    |
| 介護職員等処遇改善加算 (Ⅱロ)                                                                  | 25.7% | ①～④の合計に 25.7%を乗じた金額 |
| ※負担金＝単位数 (加算含む) × 10,700 円 (地域加算) を計算した合計額の 10% もしくは 20%、30% です。(介護保険負担割合証に記載の通り) |       |                     |

(2) 運営基準 (厚生省令) で定められた「その他の費用」(全額、自己負担)

なし

(3) 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用 (全額、自己負担)

なし

(4) 支払方法

自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

- A 自動口座引き落とし (ご指定の金融機関の口座から月 1 回引き落とします)
- B 現金払い (サービス提供時に毎回又は月 1 回定められた日にお支払い願います)
- C 銀行振り込み (期日までに利用者の方がお振り込み願います。手数料は利用者負担となります)

※ 介護保険外のサービスとなる場合 (サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む) には、全額自己負担となります。(介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります)

## 6 サービス利用の中止

利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。

・全体窓口 (連絡先) (電話) : 0463-75-9850

・連絡時間 : 午前 8 : 30 ~ 午後 5 : 30

## 7 当施設のサービスの方針等

- ① 私たちは、自宅で生活したいと希望がある限り、あきらめません。
- ② 私たちは、「絆がいつもそばについてくれる」と思われる存在になります。
- ③ 私たちは、心地よい空間・心地よい対応・心おきなく過ごせる場所をつくります。
- ④ 私たちは、施設作りはしません。家作りを徹底します。
- ⑤ 私たちは、プロフェッショナルとしての向上心を忘れません。

## 8 サービス利用に当たっての留意事項

- ① ケアコール端末の設置は無料となりますが、契約解除の際は端末機を引き上げる事となります。また、随時訪問要請のための緊急ボタンを押した際のオペレーションセンターとの通話についてはご利用者のご負担となります。
- ② 鍵の保管を行うためのキーボックスは無料で貸し出します。
- ③ 訪問の際、サービス提供するために使用する電気、ガス、水道等の費用はご利用者のご負担となります。

## 9 合鍵の管理及び紛失時の対処方法

指定夜間対応型訪問介護の提供開始に際しては、原則として合鍵の預かりは行わないものとします。ただし、利用者の状況等によりやむを得ない場合は、協議の上合鍵の管理をします。合鍵を管理する場合は、合鍵の管理場所、預かり書を取り交わし、厳重かつ細心の注意で取り扱います。また、ご利用者、ご家族の希望により協議の上、キーボックスを設置します。万が一、鍵を紛失した際は、直ちに管理者へ報告し、ご利用者、ご家族と協議の上、当法人の負担により鍵の交換設置を行います。

## 10 虐待・身体拘束の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に上げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催しその結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止・身体拘束等の適正化のための指針の整備をしています。
- (3) 従業者に対して、虐待防止・身体拘束等の適正化のための定期的な研修を実施する等の必要な措置を講じます。
- (4) 事業者はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待等を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
- (6) 事業者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行いません。
- (7) やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、事前に十分な説明の上、利用者又は家族等に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を記録致します。
- (8) 虐待防止・身体拘束等の適正化に関する担当者を選定しています。

社会福祉法人ウェルエイジ

高齢者虐待防止・身体拘束適正委員会委員長：青木潤一

## 11 衛生管理について

事業者において感染症等が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 従業員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) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所における感染症等の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底していきます。
- (4) 事業所における感染症等の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- (5) 従業員に対し、感染症等の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

#### 1 2 業務継続計画に向けた取り組みの強化について

- (1) 感染症等や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に実施するための、及び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従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業員に対し、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に実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

#### 1 3 ハラスメント対策について

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- (1) 事業所内において行われる優先的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
  - ① 身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為
  - ② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
  - ③ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。
- (2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- (3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。  
また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- (3) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

#### 1 4 相談窓口、苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

|         |                                                                                      |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| お客様相談窓口 | 電話番号 0463-75-9850<br>fax 番号 0463-75-9846<br>相談員（責任者） 青木 潤一<br>対応時間 午前8時30分～午後5時30分まで |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------|

○公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

|                          |                                                                                                            |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 伊勢原市 保健福祉部<br>長寿介護課      | 所在地 伊勢原市田中348<br>電話番号 0463-94-4711<br>fax 番号 0463-94-2245<br>対応時間 午前8時30分～午後5時15分<br>（土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始は除く） |
| 神奈川県国民健康保険<br>団体連合会（国保連） | 所在地 横浜市西区楠町27-1<br>電話番号 045-329-3447<br>利用時間 午後8時30分～午後5時15分<br>（土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始は除く）                      |

#### 1 5 当法人の概要

|        |                                                                          |
|--------|--------------------------------------------------------------------------|
| 法人の名称  | 社会福祉法人ウェルエイジ                                                             |
| 代表者名   | 理事長 大脇 兼弘                                                                |
| 所在地・電話 | 神奈川県伊勢原市高森2丁目18番1号<br>0463-95-7050                                       |
| 業務の概要  | 小規模多機能型居宅介護事業、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業、夜間対応型訪問介護事業、訪問介護事業、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター |
| 事業所数   | 7                                                                        |

#### 【説明確認欄】

年 月 日

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

年 月 日

所在地 神奈川県伊勢原市高森3004-2

法人名 社会福祉法人ウェルエイジ

事業者 夜間ヘルパーステーション絆

説明者

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項の説明を受け、これに同意し交付を受けました。

年 月 日

利用者 住所

氏名

代理人又は立会人

住所

氏名

<代理人又は立会人を選任した理由>