

訪問介護重要事項説明書

訪問介護及び介護予防・日常生活支援総合事業訪問介護の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

1. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 酒田市社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	〒998-0864 酒田市新橋二丁目1番地の19
代表者	会長 桐澤 聡
設立年月日	昭和27年設立 (法人化 昭和45年7月)
電話番号・FAX番号	電話：0234-23-5765(代表) ・ FAX：0234-24-6299

2. 事業所の概要

事業所の名称	酒田市社会福祉協議会 訪問介護事業所
事業所の所在地	〒998-0864 酒田市新橋二丁目1番地の19
電話番号・FAX番号	0234-22-3506(事業所直通) ・ FAX：0234-24-6299
開設年月日・事業所番号	平成17年11月1日指定 0670800150
管理者の氏名	介護サービス課長 菅原 正成
サービス提供地域	酒田市内 (相談に応じます)
併設事業所	居宅介護支援、介護予防支援 指定特定相談支援、指定障害児相談支援 指定居宅介護 (居宅介護、重度訪問介護、同行援護)

3. 運営の方針

- サービスの提供に当たっては、当事業所の職員は、要介護者の心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、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、排せつ、食事の介助その他の生活全般にわたる援助を行います。
- 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健医療・福祉サービスを提供する者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。

4. 営業日時

毎日午前8時30分から午後5時15分まで
(事前の調整により、上記時間外でのサービス提供を行います。)

※営業時間外の緊急連絡等は、転送電話で対応いたします。

5. 事業所の職員体制

- 管理者1名 (常勤・兼務) ○サービス提供責任者1名以上 (法令に規定する人数)、
- 訪問介護員3名以上 (法令に規定する人数)

6. 提供するサービスの内容

サービスの種類	内 容
身体介護	① 排泄・食事介助 ② 清拭・入浴、身体整容 ③ 体位変換、移動・移乗介助、外出介助 ④ 起床及び就寝介助 ⑤ 服薬介助 ⑥ 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助
生活援助	①調理 ②洗濯 ③掃除 ④買い物 ⑤薬の受取り ⑥衣服の入替 ⑦その他

7. 利用料金

(1) 利用料金表

サービスを利用した場合の利用料金は、別紙「利用料金表」のとおりです。（利用料金が改定された場合は、差し替えとなります。）

(2) 支払い方法

毎月15日までに前月分の利用料の請求を行い、同25日に銀行・郵便局の指定口座からの引き落としとなります。

8. サービスの利用にあたっての留意事項

(1) サービス提供にあたって

サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐにお申し出ください。

サービス提供にあたって、訪問介護員等は次のことをお受けすることはできませんので、あらかじめご了承ください。

- ① 医療行為及び医療補助行為
- ② 利用者の家族に対するサービス提供
- ③ 利用者及びその家族からの金銭又は物品の授受

(2) 虐待の防止のための措置

本事業所は、利用者に対する虐待を早期に発見して迅速かつ適切な対応を図るため、次の措置を講じています。

- ① 虐待の防止に関する責任者の選定 【虐待防止責任者】 管理者 菅原 正成
- ② 成年後見制度の利用支援
- ③ 苦情解決体制の整備
- ④ 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施

(3) サービス利用にあたっての禁止行為（利用者・訪問介護員）

次に掲げる行為を禁止します。

- ① 暴言・暴力・嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
- ② パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為
- ③ サービス利用中の写真や動画撮影、録音等を無断でSNS等に掲載すること

(4) 感染や災害への対応

- ① 本事業所は、職員に対し感染症予防及びまん延防止の為の研修及び訓練を定期的実施します。
- ② 本事業所は、感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画を策定し、対応力の向上を図ります。

9. 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	

10. 事故発生時の対応

訪問介護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、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する訪問介護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。

11. 苦情相談窓口

サービス提供に関する苦情や相談は、下記の窓口でお受けします。

(1) 事業所の窓口

相談窓口	電話番号：0234-22-3506 F A X：0234-24-6299 受付時間：月曜日から金曜日／午前8時30分から午後5時15分まで 担当者名：管理者 菅原 正成
------	---

(2) その他苦情申立の窓口

酒田市健康福祉部高齢者支援課	所在地：酒田市本町二丁目2-45 電話：0234-26-5730 受付時間：午前8時30分から午後5時15分まで
国民健康保険団体連合会	所在地：山形県寒河江市大字寒河江字久保6 電話：0237-87-8000 受付時間：午前8時30分から午後5時15分まで

12. サービス実施の記録について

本事業所では、タブレット（携帯型コンピューター）によるヘルパーの訪問状況の管理、及びスマートフォン（携帯端末）による介護記録システムを使用しています。提供したサービスの実施日時、内容等を記録し、電子データとして事業所で保管します。ご希望の場合は事業所より印刷してお渡しします。

なお、サービス実施記録はサービス提供日から5年間保存します。

13. 個人情報の取扱いについて

利用者及び家族の情報については、必要最低限の範囲内で使用することとし、同意を得ない限り使用しません。（なお、本重要事項説明書の署名をもって同意したものといたします）

(1) 使用する目的

本事業者が、介護保険法に関する法令に従い、居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合に使用します。

(2) 使用に当たっての条件

①個人情報の提供は、(1)に記載する目的の範囲内で必要最低限度に留め、情報提供の際には関係者以外に決して漏れることのないよう細心の注意を払います。

②本事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録します。

(3) 個人情報の内容（例示）

①氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、事業者がサービス提供を行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報

②その他利用者及びその家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、または識別されうる情報

(4) 使用する期間

サービス利用契約締結の日から契約終了時までとします。

14. サービスの終了

次の場合にサービスは終了となります。

(1) 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の7日前までに文書でお申し出下さい。

ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間が7日以内の通知でもこの契約を解約することができます。

(2) 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あります。その場合は、1ヶ月前までに文書で通知します。

(3) 自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設へ入院又は入所した場合
- ・利用者の要介護状態区分が非該当(自立)となった場合
- ・利用者が死亡した場合

(4) その他

- ①次の場合は、利用者は文書で解約を通知することにより、直ちにサービスを終了することができます。
- ・事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - ・事業者が、守秘義務に反した場合
 - ・事業者が、利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
 - ・事業者が、倒産した場合
- ②その他、利用者は契約更新を希望しない場合、利用料等の変更に対して同意することができない場合には契約を解約することができます。
- ③次の場合は、事業者は文書で解約を通知することによって直ちにサービスを終了させていただく場合があります。
- ・利用者の利用料等の支払いが60日以上遅延し、利用料等を支払うよう催告したにも拘らず、催告した日から20日以内に支払われなかった場合
 - ・利用者又はその家族が事業者や従業者又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

令和 年 月 日

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

事業者	所在地	〒998-0864 酒田市新橋二丁目1番地の19
	名称	酒田市社会福祉協議会訪問介護事業所
	説明者	サービス提供責任者

私は、事業所より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者	住所		
		電話	FAX
	氏名	印	
代理人	住所	〒 -	
		電話	FAX
	氏名	印	続柄