訪問介護·第1号訪問事業 重要事項説明書

事業所:ヘルパーステーションとつか

1. 運営法人の概要

| 名称 | 医療生協かながわ生活協同組合 |
|---------|-------------------------------------|
| 代表者名 | 池田 俊夫 |
| 法人本部所在地 | 横浜市戸塚区戸塚町 3880 番地 2 TEL045-862-9244 |
| 実施事業の概要 | 医業・居宅介護支援事業・居宅サービス事業・障害者支援事業 |
| 事業所数 | 14ヶ所 |

2. 事業所の概要 (運営規程第3条より)

| 事業所名 | 医療生協かながわ生活協同組合 ヘルパーステーションとつか |
|----------|-------------------------------------|
| 所在地 | 〒244-0003 横浜市戸塚区戸塚町 167 まこと第 2 ビル |
| 事業所指定番号 | 神奈川県 1471000461号 平成 13年5月1日指定 |
| 管理者 | 池田 京子 TEL 045-865-1632 |
| サービス提供地域 | 横浜市戸塚区、横浜市栄区、横浜市泉区、藤沢市 |
| 併設事業所 | 訪問看護ステーションとつか ・ 居宅介護支援事業 ケアセンターよこはま |

3. 事業所の職員体制 (運営規程第4条より)

| 職種 | 従事するサービス内容等 | 人 | .員 |
|-----------|-----------------------|-----|------|
| 管理者 | 管理者は、業務の管理を一元的に行う。 | 1名 | (常勤) |
| サービス提供責任者 | 訪問介護員に対する調整や技術指導等を行う。 | 常勤 | 3 名 |
| | | 非常勤 | 名 |
| 訪問介護員等 | サービス提供責任者の指示のもと行う。 | 常勤 | 名 |
| | | 非常勤 | 15 名 |

4. 業務日及び業務時間 (運営規程第5条より)

| サービス提供時間 | 月曜日~日曜日 8:00~20:00 |
|----------|-----------------------------------|
| 窓口対応時間 | 月曜日~金曜日 9:00~17:00 土曜日 9:00~13:00 |
| (営業時間) | 日・祝日及び 12 月 29 日~1 月 3 日は休業とします。 |

^{*}地震、災害等で交通機関が停止した場合、道路が使用できない等のとき、台風や荒天時などは訪問できない場合があります。

5.サービス利用料及び利用者負担金

- ① 厚生労働大臣又は自治体が定める基準によるものとし、サービス利用料は別紙(様式1-3)にて料金表を提示致します。
- ② 介護保険外サービスとなる場合(介護保険サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超えた場合を含む)は、全額自己負担となります。その場合には、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上、利用者の同意を得ます。

③ サービス提供地域を越えて行うサービスに要した交通費は実費を利用者自己負担とさせていただき ます。なお自動車を利用した場合の交通費は、通常の事業を超えた地点から片道20円/kmを頂きま す。

6.サービスの中止

① 利用者がこの訪問介護等のサービス提供を中止する場合は、営業時間内に次の連絡先までご連絡 ください。

雷 話 045-865-1632

月~金曜日 9:00~17:00 土曜日 9:00~13:00

② 介護保険で利用の場合、利用者からのキャンセルの連絡がサービス提供の前営業日の午後5時まで になかった場合、以下のキャンセル料が発生致します。但し、利用者の入院などの体調不良による場 合は、対象外となります。

キャンセル料・・・1,000円及び、連絡がなくヘルパーが訪問した場合の交通費

6. 当事業所における運営の方針

当事業所は、利用者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

できるよう、入浴、排泄、食事の介護、その他生活全般にわたる援助を行います。また、関係市町村、 地域の保険、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。 訪問介護員等の資質の向上を図るための研修の機会を設けるものとし、業務体制を整備します。

①採用時研修 採用後3か月以内 ②継続研修 年12回

7. 緊急時及び事故発生時の対応

 サービス提供にあたり、事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき家族、 主治医に連絡します。

| 医療機関等の名称 | 主治医氏名 |
|----------|-------|
| | 連絡先 |
| 緊急連絡先続柄 | 氏名 |
| | 連絡先 |

- ② 事故が生じた際には、直ちに事故に至った経緯及び態様を調査し、事実を正確に把握し、速やか に市町村や関係機関へ事故発生報告をします。
- ③事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には誠意をもって速やかに対 応致します。

8. 個人情報使用について

事業所及び訪問介護員等は、業務上知り得た利用者、または家族に関する秘密及び個人情報につ いては、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除い て、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。あらかじめ文書により利用者の同 意を得た場合は、一定の条件の下で個人情報を利用できるものとします。

10. 衛生管理

訪問介護等の実施にあたっては訪問介護員が感染源となることを予防し、また訪問介護員を感染の危機から守るため、使い捨ての手袋等感染を予防するための備品等を使用することがあります。また、ケアーの前後に手洗いのため洗面所をお借りすることがあります。

事業所は訪問介護員の清潔の保持及び健康状態の管理並びに事業所の設備及び備品等の衛生的な的な管理に努めます。

11. サービスの第三者評価の実施状況について

第三者評価は行っておりません。

12. 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、次の窓口にご連絡願います。

| • | , —, = 1541) @ [HH5()] | - 1131 0 | * 101 = — 101. HM21 | • |
|---|---------------------------|----------|---------------------|---------------|
| | | 電話番号 | 045-865-1632 | |
| | 当事業所 | FAX番号 | 045-865-5035 | |
| | | 責 任 者 | 池田 京子 | |
| | | 対応時間 | 月~金曜日9:00~17:00 | 土曜日9:00~13:00 |

(ア)公的機関の次の機関においても、苦情申請等ができます。

| | · — … · · · · · | |
|------------------|-----------------|---------------------|
| | 所在地 | 横浜市中区本町6-50-10 |
| 横浜市 はまふくコール | 電話番号 | 045-263-8084 |
| | FAX番号 | 045-550-3615 |
| (横浜市苦情相談コールセンター) | 対応時間 | 月~金曜日の午前8:45~午後5:00 |

| | 電話番号 | 横浜市戸塚区戸塚町16-17 |
|----------|-------|---------------------|
| 戸塚区役所 | FAX番号 | 045-866-8429 |
| 高齢∙障害支援課 | 対応時間 | 045-881-1755 |
| | | 月~金曜日の午前8:45~午後5:00 |

| | 所 在 地 | 横浜市泉区和泉中央北5丁目1-1 |
|----------|-------|---------------------|
| 泉区役所 | 電話番号 | 045-800-2430 |
| 高齢•障害支援課 | FAX番号 | 045-800-2513 |
| | 対応時間 | 月~金曜日の午前8:45~午後5:00 |

| | 所 在 地 | 横浜市栄区桂町303-19 |
|----------|-------|---------------------|
| 栄区役所 | 電話番号 | 045-894-8547 |
| 高齢・障害支援課 | FAX番号 | 045-893-3083 |
| | 対応時間 | 月~金曜日の午前8:45~午後5:00 |

| | 所 在 地 | 藤沢市朝日町1番地の1 |
|---------|-------|---------------------|
| 藤沢市 福祉部 | 電話番号 | 0466-50-3527 |
| 介護保険課 | FAX番号 | 0466-50-8443 |
| | 対応時間 | 月~金曜日の午前8:30~午後5:00 |

※その他各市町村・区役所の介護保険課等でもご相談、苦情申請等ができます。

| | 別 往 地 | (大口四区州山Z/— I |
|-----------------|-------|---------------------|
| 神奈川県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 | 045-329-3447 |
| 介護保険課介護苦情相談係 | 対応時間 | 月~金曜日の午前8:30~午後5:15 |

13.損害賠償保険への加入

本事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

| 保険会社名 | 民医連共済 |
|-------|--------------------------------|
| 保険名 | 居宅介護支援事業保険、居宅介護サービス事業保険 |
| 保障の概要 | 対人対物、管理家財物、人権侵害、初期対応費用、経済損失等補償 |

| | _ | |
|-------|----------------------|--|
| 令和 | | |
| TI/N∐ | \boldsymbol{H} | |

上記により重要事項を交付し、説明しました。

(事業者) 医療生協かながわ生活協同組合

(事業所) 医療生協かながわ生活協同組合 ヘルパーステーションとつか

説 明 者

上記のとおり重要事項の説明を受け同意し、交付を受けました。

| (利用者) | 氏 | 名 | |
|-------------|---|---|---|
| | | | 続 |
| (代理人または立会人) | 氏 | 名 | 柄 |