

訪問介護 介護予防・日常生活支援総合事業重要事項説明書

1、事業所の名称等

事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

名称 在宅福祉サービスまどか

所在地 我孫子市天王台2-3-1 TEL 04-7181-2567

2、事業の目的及び運営の方針

《事業の目的》

事業所の訪問介護員等が要介護・要支援状態にある利用者に対し、適正なサービスを提供することを目的とする。

《運営の方針》

事業所の訪問介護員は、要介護者等の心身の特徴を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴・食事・排泄の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。

3、職員の職種、人数及び職務内容

事業所に勤務する職員の職種・人数及び職務内容は次のとおりとする。

管理者 1名 管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を行う。

提供責任者 1名以上 提供責任者は、利用者又はその家族と相談の上、利用者の立場に立って訪問介護計画書を作成し、サービス内容などについて十分な説明を行う。

従業者 常勤換算3名以上 従業者は訪問介護 介護予防・日常生活支援総合事業の提供に当る。

4、サービスの内容

(ア) 営業日及び営業時間 全曜日 24時間対応いたします。

① 事務所営業日時 月～金曜日の平日 9:00～17:00

② 事務所休業日 土曜日曜日と年末年始12月29日～1月3日

③ 営業時間外は留守番電話対応となります 04-7181-2567

④ 休日等緊急連絡先 土日祝日 090-1427-7546

(イ) 介護保険 介護予防・日常生活支援総合事業給付サービス

介護保険に応じたサービス計画を作成し、利用者の承諾のもと計画に応じた訪問介護サービス(食事・排泄・入浴・日常生活上の援助等)を提供します。

5、利用料 各サービスの利用料は、介護報酬の告示上の額とし、法定代理受領の場合は、介護保険負担割合証に定める割合の額とする。(別紙参照)

6. ハラスメント対策

事業所は、適切な指定訪問介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

7.虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するため次の各号に掲げる措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待の防止の為の指針を整備する。
- (3) 従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的実施する。

前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者は、大野木綾子とする。

8. 事業継続計画

- (1) 事業所は感染症や非常災害が発生した場合でも、利用者が継続して指定訪問介護サービスの提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施するものとする。
- (2) 事業所は、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うものとする。

9. 衛生管理

感染症の予防及びまん延防止に努め、感染防止に関する会議等においてその対応策を協議し、対応指針等を作成し掲示を行う。また、研修会や訓練を実施し、感染対策の資質向上に努める。

10. 利用の中止・変更・追加

利用者様の利用予定日の急な変更、キャンセルなどにおいて、利用前日（利用前日事務所開所日）午後5時までには必ずご連絡ください。ご連絡のない場合はキャンセル料として1000円を頂きます。

尚、訪問介護は利用者様が医療保険を使って入院、及び施設入所状態においては使用不可能です。

11. 通常のサービス実施地域 我孫子市全域

12. 緊急時の対応について

サービス提供中に、利用者に病状の急変などが生じた場合、その他必要な場合は、速やかに人命を優先した救急対応をさせていただきます。

別紙の緊急時連絡票にご記入いただき、利用者があらかじめ指定される連絡先に連絡します。

13. 事故発生時の対応について

利用者に対する指定訪問介護の提供により事故が発生した場合には、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者などに連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定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。

14, 苦情相談窓口

我孫子市天王台 2 - 3 - 1 事務所内相談室 04-7181-2567 担当大野木綾子
千葉県国民健康保険団体連合会 苦情処理係 043-254-7428
我孫子市役所内 04-7185-1112

私は、上記事業者から訪問介護 介護予防・日常生活支援総合事業についての説明を確かに受け、その内容に同意します。

契約を証するために本書 2 通を作成し、利用者（もしくは代理人）、事業者が署名捺印の上、1 通ずつ保有するものとします。

年 月 日

御利用者 御住所

御氏名 印

上記署名は、 () が代行しました。

上記代理人 (代理人を選定した場合)

上記利用者とのご関係 ()

御住所

御氏名 印

契約事業者名

特定非営利活動法人 在宅福祉サービスまどか
住所 千葉県我孫子市天王台 2 - 3 - 1
代表 大野木 綾子 印