

ヘルパーステーションぬくもり重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。(山形県指定第 0670701093 号)

当事業所はご契約者様に対して指定訪問介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上のご注意いただきたいことを次の通り説明いたします。

当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1. 事業者

名称	庄内まちづくり協同組合「虹」 (法人番号3904-05-002123)
代表者	代表理事 黒子 和彦
設立年月日	2004年4月15日
所在地	〒997-0824 山形県鶴岡市日枝字海老島36番4号 (電話) 0235-24-5321 (Fax) 0235-24-5326

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定訪問介護事業所
事業の目的	介護の必要な高齢者の生活支援を目的とします。
事業所の名称	ヘルパーステーションぬくもり
事業所の所在地	鶴岡市日枝字海老島36番4号
電話番号	(電話) 0235-28-1588 (Fax) 0235-24-5326
管理者	齋藤 和枝
事業所の運営方針	要介護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ができるよう、生活全般にわたる援助を行う。
開設年月日	2007年5月1日

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域：鶴岡市(但し、旧温海町を除く)・三川町

(2) 営業日及び営業時間

年中無休、24 時間対応いたします。

4. 職員の体制

職種	常勤・非常勤及び取得している資格
管理者	1名(常勤)
サービス提供責任者	9名(介護福祉士9名・常勤)
訪問介護員	介護福祉士19名(常勤18名、非常勤1名) 実務経験者2名(常勤2名) 初任者研修7名(常勤3名、非常勤4名)

5. 当事業所が提供するサービスと利用料

(1)別紙料金表の通りとします。(厚生労働大臣の定める基準に従っています)

(2)利用料のお支払い方法

①口座引き落とし—契約による手続きとなります。

当月の利用料を翌月 15 日までに明細を送付し、26 日に口座引き落としを行います。

②上記以外の場合は、現金で集金いたします。

当月の利用料を翌月 15 日までに請求書を送付します。翌月末までにお支払いいただきます。

(3)利用の中止、変更、追加

1. 利用予定日の前に、ご契約の都合により、訪問介護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。この場合にはサービスの実施日の前日まで事業者申し出てください。

2. 利用者または家族が施設や事業所職員またはほかの利用者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為(介護現場におけるハラスメント対応マニュアルに定義する、身体的暴力(たたくなど)精神的暴力(大声を発する、怒鳴るなど)ならびにセクシャルハラスメント(必要もなく手や腕を触るなどの行為を含む))を行い、その状態が改善されない場合、利用者に対して文書で通知することにより、契約を解除することができます。

6. 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には、速やかに県市町村及び利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、所定の「事故等発生状況報告書」の書式により、関係者の状況、事故等の内容、対応等を記録し、県市町村に報告します。また、再発防止対策に努めその対応について協議します。

(2)事業者は、サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

7. 苦情の受付について

(1)当事業所における苦情の受付

○受付担当 管理者 齋藤 和枝

○電話 0235-28-1588

詳細は別紙「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」によります。

(2)行政機関その他苦情受付機関

鶴岡市健康福祉部 長寿介護課	所在地 鶴岡市馬場町9-25 TEL 0235-25-2111 Fax 0235-29-5658 対応時間 8:30~17:15
山形県国民健康保険団体連合会 (国保連)	所在地 寒河江市大字寒河江字久保6番地 TEL 0237-87-8006 Fax 0237-83-3354 対応時間 9:00~16:30

8. 緊急時の対応について

(1)訪問時において、利用者の体調等が急変した際、主治医又は、医療機関に適切に連絡を取り、必要な対応を行います。また、事故等により、財産の破損等の際は速やかにご契約者及び利用者に連絡いたします。

(2)ご本人、家族からの緊急の連絡を 24 時間体制で受けられるようにしています。

○受付時間 月～日 24 時間対応

○連絡先 0235-28-1588

9. 第三者評価の状況について

当事業所は第三者評価機関による評価を実施しておりません。

指定訪問介護サービスの提供開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

ヘルパーステーションぬくもり 説明者氏名_____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定訪問介護サービスの提供開始に同意しました。

利 用 者 住 所
氏 名

代理人（もしくは立会人）

住 所
本人との続柄
氏 名