

# 第1号訪問事業サービス重要事項説明書

このサービス重要事項説明書は、当事業所の運営規定の概要や勤務体制、その他重要事項を記したものです。(※ご契約者またはその代理人(ご家族等)に対して、この文書を交付しご説明申し上げることは事業者の義務として法令上規定されています。

## 1、法人の概要

法人名	社会福祉法人 北海道中央病院
法人所在地	北海道深川市西町1番7号
電話番号	0164-22-2135
代表者	理事長 大西 道祥
設立年月	昭和27年5月30日

## 2、サービスを提供する事業所の概要

事業所名	ヘルパーステーション アニスティ深川
サービスの種類	第1号訪問事業 (訪問型サービスA)
所在地	北海道深川市2条4番3号(アニスティ深川2F)
電話番号	0164-26-0053
介護保険指定事業者番号	0177400355
開設年月日	平成16年11月1日
併設しているサービス	ケアハウス アニスティ深川 指定居宅介護支援事業所 アニスティ深川 デイサービスセンター アニスティ深川
サービスを提供する地域	深川市内
損害賠償責任保険加入先	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

### 3、サービスの内容

生活援助	<p>家事を行う事が困難なご利用者に対して、家事の支援を行います。</p> <p>(ア) 調理・・・食事の用意を行います。</p> <p>(イ) 洗濯・・・衣類等の洗濯を行います。</p> <p>(ウ) 掃除・・・居室の掃除を行います。</p> <p>(エ) 買物・・・日常生活に必要となる物品の買い物を行います。</p> <p>※ 次のような行為は生活援助の内容に含まれません。</p> <p>① 商品の販売・農作業等生業の援助的な行為</p> <p>② 直接本人援助の属しないと判断される行為。</p> <p>例) ご契約者以外の方に係わる家事</p> <p>来客の応接 (お茶、食事の手配等)、自家用車の洗車、清掃等</p> <p>③ 日常生活の援助に該当しない行為</p> <p>例) 草むしり、花木の水やり、ペットの世話等</p> <p>家具・電気器具等の移動、修繕、模様替え</p> <p>大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ、室内外の家屋の修理・ペンキ塗り など</p> <p>④ 医療行為及び医療補助行為</p> <p>⑤ 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借、金銭に対する取り扱い</p>
------	---

#### 4、営業日時

- 受付・相談時間 月曜日～金曜日 9：00～18：00
- (休業日：土・日・祝日・8月15日・12月31日～1月4日 月～金の連続する4日以上長期休業になる際は営業する場合があります。)
- サービス利用者の便宜を図ることを第一義とし祝日の勤務体制に対応する。
- (電話などにより、24時間常時連絡が可能な体制とする。)
- ホームヘルプサービス提供時間 (休業日は上記に同じ)
- 月曜日～金曜日 7：00～19：00

#### 5、職員体制

職種	常勤	非常勤
管 理 者	1名	
サービス提供責任者 (介護員を兼務)	2名	2名
介護福祉士 (介護員・提供責任者を兼務)	2名	2名
介護福祉士	2名	4名
訪問介護員等	計7名	

## 6、利用料金

訪問型サービスAの利用料金（令和6年6月～）

サービス名称	サービス利用回数	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
訪問型サービス I	週1回程度	1,176 円/月	2,352 円/月	3,528 円/月
訪問型サービス II	週2回程度	2,349 円/月	4,698 円/月	7,047 円/月
訪問型サービス III	週3回程度	3,727 円/月	7,454 円/月	11,181 円/月

上記利用料金に、

**介護職員処遇改善加算(I)** 所定の単位数に24.5%の加算がされます。

### 〔初回加算〕

新規に介護予防訪問介護計画を作成したご契約者に対し、サービス提供責任者が初回に実施した訪問介護と同月内に自ら訪問介護を行う場合、又は他の訪問介護員等に同行した場合、200 単位/月が利用料金に加算されます。

### 〔生活機能向上連携加算〕

介護予防訪問リハビリテーション実施時に介護予防訪問介護事業所のサービス提供責任者とリハビリテーション専門職が、同時に利用者宅に訪問し、両者の共同による訪問介護計画を作成する事で、100 単位/月が加算されます

★利用料金は1ヵ月ごとの定額制です。訪問型サービスAにおいて位置づけられた支給区分によるものです。

★体調不良や状態の改善等により、訪問型サービスA計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、又は介護予防訪問介護に定めた期日よりも多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はしません。

## 7、支払い方法

交通費	サービス提供地域にお住まいの方は無料です。
料金のお支払い方法	ホームヘルプサービスの料金・費用は、翌月の初旬頃に利用明細書、請求書を契約者に送付しますので、翌月の15日頃までにヘルパーステーションアニスティ深川に納入ください。

## 8、緊急時の対応方法

サービスの提供中にご契約者の容態に変化等があり、緊急の対応が必要と判断される場合は、事前の打ち合わせにより決めさせていただいた、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。ヘルパーが救急車への同乗はできません。

## 9、サービス提供時の事故について

- (ア) サービスの提供に伴って、当事業所の責めに帰すべき事由により、万一事故が発生し、ご契約者の生命・身体・財産に損害が発生した場合には、速やかに必要な措置を講じると共に損害を賠償します。
- (イ) ただし、ご契約者又はその代理人に重過失がある場合及び、ご契約者又はその代理人に予めご了解いただいたサービス手順・方針により事態が発生した場合には、当事業所は賠償責任を免除、又は賠償額を減じることがあります。
- (ウ) 当事業所では、万一の事故発生に備えて損害賠償責任保険に加入しています。

## 10、サービスのご利用についての注意事

- (ア) サービスの提供にあたっては、事業所が選任したホームヘルパーがサービスを行います。ご契約者がホームヘルパーを指名することは出来ません。
- (イ) 選任されたホームヘルパーの交替を希望する場合には、当該ホームヘルパーが業務上不適当と認められる事情、その他交替を希望する理由を明らかにして、交替を申し出ることができます。また、事業者の都合によりホームヘルパーを交替することがあります。その場合、ご契約者に対してサービスご利用上の不利益が生じないよう十分に配慮いたします。
- (ウ) ご契約者のお住まいで、サービスを提供するために必要な備品等（水道、ガス、電気等）無償で使用させていただくことがあります。また、ホームヘルパーが事業所に連絡するために、ご契約者の電話を使用させていただく場合、電話代は事業所にて負担いたします。

## 11、苦情相談の受付について

当事業所における苦情解決責任者、苦情受付担当者を下記により設置し、苦情解決に努めています。

- |           |           |           |
|-----------|-----------|-----------|
| 1 苦情解決責任者 | 理 事 長     | 大 西 道 祥   |
| 2 苦情解決責任者 | 施 設 長     | 菅 野 美 奈 子 |
| 3 苦情受付担当者 | サービス提供責任者 | 坪 内 千 秋   |

受付時間 月曜日～金曜日の9：00～18：00

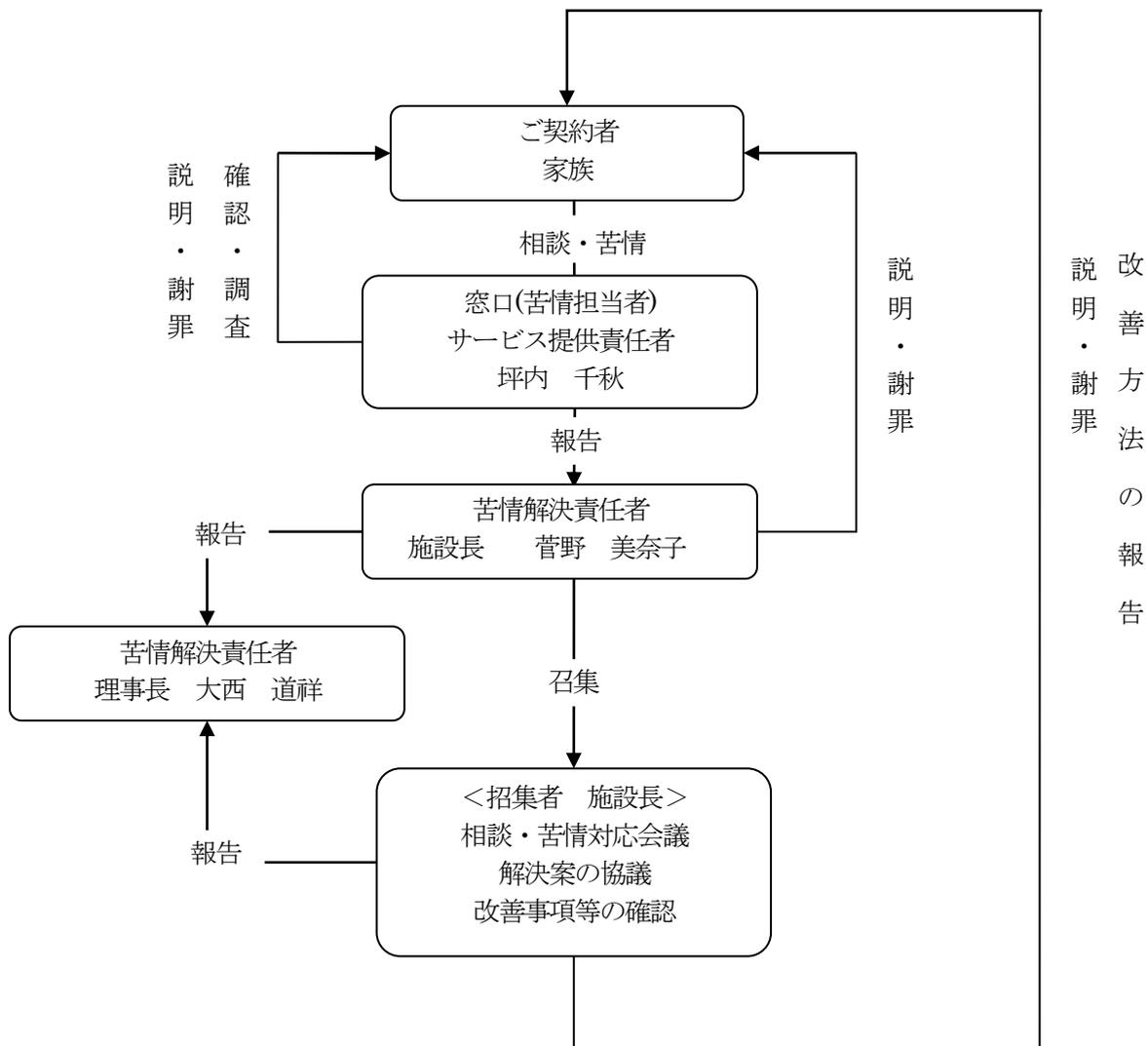
電話番号 0164-26-0053

### 4 苦情解決の方法

- (1) 苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。
- (2) 苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者に報告いたします。
- (3) 苦情解決責任者は苦情対応会議を開き、改善事項の確認並びに解決案の協議を行い、苦情申し出のあったご契約者及び家族と誠意をもって話し合い、解決に努めます。
- (4) 行政機関その他の苦情受付機関

深川市高齢者支援課	所在地 深川市2条17番17号 電話番号 0164-26-2238 受付時間 8:45~17:15(土日祝祭日を除く)
国民健康保険団体連合会 総務部介護保険 企画・苦情課	所在地 札幌中央区南2条西14丁目 電話番号 011-231-5175(直通) 受付時間 9:00~17:00(土日祝祭日を除く)
北海道福祉サービス運営適正化委員会	所在地 札幌市中央区北2条西7丁目 (北海道社会福祉協議会内) 電話番号 011-204-6310 受付時間 9:00~17:00(土日祝祭日を除く)

## 5 苦情解決に向けての過程



## 12. 第三者評価の実施状況

事業者は、第三者評価の実施はなく自己評価を実施しています。

## 13. 虐待の防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護、虐待防止等のために、職員に対して虐待防止の

啓発・普及のための研修を実施しています。

虐待防止に努め発見した場合には、速やかに市町村に通報します。

令和 年 月 日

事業所は、ご契約者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

説 明 者

ヘルパーステーションアニスティ深川

職名 サービス提供責任者 氏名 坪内 千秋 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。  
また、この文章がご契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

契 約 者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

契約者のご家族

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号訪問事業

(訪問型サービスA)

# 契約書別紙

## (兼重要事項説明書)

社会福祉法人北海道中央病院

ヘルパーステーションアニスティ深川

電話 0164-26-0053