

重要事項説明書

1 事業所の概要

事業所名	訪問介護ステーションミザール		
所在地	〒230-0037 神奈川県横浜市鶴見区向井町4-88-21		
提供可能サービス 及び 介護保険事業者番号	①訪問介護 ②横浜市訪問介護相当サービス	1470100387号	
管理者及び連絡先	サービス種類	氏名	連絡先
	①訪問介護 ②横浜市訪問介護相当サービス	井上弘子	045-506-1566
サービス提供地域	通常の事業の実施地区は、横浜市鶴見区、川崎市幸区、川崎区		

2 事業の目的

指定訪問介護の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護・要支援状態にあるご利用者に対し、適正な指定訪問介護を提供する事を目的とします。

3 当社のサービスの方針等

事業所の職員は、要介護・要支援状態にあるご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事が出来るよう、入浴・排泄・食事の介助、その他の生活全般にわたる援助を行うものとします。
また、事業の実施にあたっては、関係市町村、地域保健・医療・福祉サービスとの綿密な連帯を図り総合的なサービスの提供に努めます。

4 事業所の職員体制等

職種	従事するサービス種類・業務	人員
管理者	従業者及び業務の管理、指揮等	1名
サービス提供責任者	技術指導、業務管理等	3名(常勤兼務 2名、非常勤専従 1名)
サービス担当職員	訪問介護員	11名(常勤兼務 3名、非常勤兼務 8名)

5 営業時間

営業日	年中無休
営業時間	9 : 00 ~ 18 : 00
サービス提供時間	0 : 00 ~ 24 : 00

6 利用者負担金(料金表)

①訪問介護(基本料金) 通常時間帯(8:00~18:00) (介護保険法に準ずる)

1回あたりの利用料							
保険の自己負担分	提供時間サービス区分	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満	以降30分 ごとに	
	身体介護 中心	1割	199円	298円	474円	694円	91円
		2割	398円	596円	947円	1,388円	182円
		3割	597円	894円	1,421円	2,082円	274円
	提供時間サービス区分		20分以上 45分未満	45分以上			
	生活援助 中心	1割	219円	269円			
		2割	438円	538円			
3割		657円	807円				
乗降介助	1割	119円	2割 238円	3割 357円			
加算種別	初回加算			1割 223円	2割 445円	3割 668円	
	緊急時訪問介護加算			1割 112円	2割 223円	3割 334円	
	介護職員等処遇改善加算Ⅱ			22.4%			
	同一建物減算			-10%			
保険外負担	・乗降介助には別途片道300円(往復600円)の運賃(自費)が発生します。						

②訪問介護相当サービス(横浜市)

1月当たりの料金			
保険の自己負担分	訪問型独自サービスⅠ	週1回程度	1割1,308円/2割2,616円/3割3,924円
	訪問型独自サービスⅡ	週2回程度	1割2,612円/2割5,224円/3割7,836円
	訪問型独自サービスⅢ	Ⅱを超える 利用	1割4,145円/2割8,289円/3割12,434円
	加算種別	初回加算	1割 223円 / 2割 445円 / 3割 668円
		介護職員等処遇改善加算Ⅱ	22.4%
	同一建物減算	-10.0%	

※特定事業所加算(Ⅱ)として、所定単位数に10%加算となっております。

※介護職員処遇改善加算(Ⅱ)として、毎月算定した総単位の22.4%の自己負担金をいただきます。

※同一敷地内に居住される利用者様に対しましては10%の減算となります。

※通常時間帯以外のサービスに対しましては、通常時間帯に対して夜間・早朝で25%、深夜で50%加算を乗じた料金となります。

7 サービス利用の中止

- (1) ご利用者がサービス利用の中止をする場合には、すみやかに所定の連絡先にご連絡ください。 連絡先 (電話) 045-506-1566
- (2) ご利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください。(ただし、利用者の体調の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合には、キャンセル料は不要です。)

8 緊急時の対応

サービスの提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合には、事前の打合せに基づき家族、主治医、緊急機関、居宅介護支援事業所等に連絡します。

医療機関等		
悠翔会在宅クリニック川崎	住所	川崎市川崎区貝塚1丁目15-4 7F
	電話	044-201-9547
	住所	
	電話	
緊急連絡先	氏名	
	連絡先	

9 相談窓口、苦情対応

- (1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当社お客様相談窓口	電 話	045-506-1566
	F A X	045-503-2363
	サービス提供責任者	井上弘子
	対 応 時 間	9 : 00 ~ 18 : 00

- (2) 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

鶴見区役所	045-510-1770
川崎区役所	044-201-3113
川崎市幸区役所	044-556-6619
介護事業指導課	045-671-2356
神奈川県国民健康保険団体連合	045-329-3447

10 秘密保持の厳守

- (1) 事業所及び全ての職員は、サービス提供をする上で知り得たご利用者及びご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。
この秘密主義は雇用契約終了後も同様といたします。
- (2) ご利用者から予め文書で同意を得ない限り、居宅介護支援事業所等に対し、ご利用者の個人情報を提供いたしません。

11 事故発生の対応方法について

ご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は、市町村、ご利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
また、ご利用者に対する指定訪問介護に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。

12 虐待防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次にあげるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- (2) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (3) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (4) 虐待防止に関する担当者を選定しています。
虐待防止に関する担当者：管理者・井上弘子

13 身体拘束廃止の取り組みについて

ご利用者又は、その他のご利用者等の生命または身体を保護するための緊急やむをえない場合を除き、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為はいたしません。

14 衛生管理について

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次にあげる措置を講じます。

- (1) 訪問介護員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所における感染症等の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- (4) 事業所における感染症等の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- (5) 従業者に対し、感染症等の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

15 業務継続に向けた取り組みの強化

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

16 ハラスメント対策

事業所は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメント(身体的暴力・精神的暴力・セクシュアルハラスメント)の防止に取り組みます。ハラスメントはいかなる場合でも認められません。

17 その他運営に関する留意事項

- (1) 事業所は、従業者の質的向上を図る為の研修の機会を次のとおり設けるものとし、また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1回
- (2) 事業所は訪問介護の提供に関する記録を整備し、保管します。
- (3) 第三者評価は受けていません。

18 当法人の概要

法人の名称	有限会社 ミザール
代表者名	鹿嶋加代子
所在地	神奈川県横浜市鶴見区向井町4-88-21
電話	045-506-1566

併設事業所

住宅型有料老人ホーム	高齢者マンションミザール	045-506-1566
居宅介護支援	ミザール居宅介護支援事業所	045-506-1571
通所介護	デイサービスセンターミザール	045-506-1566

【 重要事項説明確認欄 】

年 月 日

サービス契約の終結にあたり、上記内容について説明を行いました。

(事業者) 事業所名 訪問介護ステーション ミザール

説明者 _____ 印

事業者から上記内容の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

(利用者) 氏名 _____ 印

代理人又は立会人

氏名 _____ 印

続柄()