

重要事項説明書

1 事業の目的と運営方針

要介護・要支援状態にある方に対し、適正な訪問介護等を提供することにより要介護・要支援状態の維持、改善を目的として、目標を設定して計画的なサービスを提供します。

また、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、統合的なサービス提供につとめます。

2 事業所の概要

事業者	株式会社エクセルシオール・ジャパン
事業者の所在地	千葉県船橋市金掘町582-1
事業の種類	指定訪問介護・介護予防・日常生活支援総合事業
事業所名	エクセルシオール湘南台ケアサービス
所在地	神奈川県藤沢市円行2-8-3
提供可能サービス	訪問介護・指定第1号訪問事業
介護保険事業所番号	神奈川県1472203429号・藤沢市
管理者	新海 裕子
連絡先	0466-41-2481
サービス提供地域	神奈川県藤沢市

3 事業所の職員体制等

令和6年 4月1日現在

職種	従事する業務	人員
		常勤
管理者	業務の一元的な管理	1人
サービス提供責任者	介護福祉士 ヘルパーの管理と利用者へのサービス管理など	2人以上
訪問介護【ヘルパー】	資格 介護福祉士、初任者、実務者研修修了者等	3人以上
事務	介護保険請求事務等	1人

4 事業所のサービス提供地域

神奈川県藤沢市

5 サービス提供時間

サービス種類	平日	土曜日	休祭日
訪問介護、介護予防・日常生活支援総合事業	24時間	24時間	24時間

(注) 年末年始(12/31~1/3)は「休祭日」の扱いとなります。

6 サービスの内容

(1) 「訪問介護」は、利用者の居宅に訪問介護員（ヘルパー）を派遣して、入浴、排せつ、食事等の介護、その他の日常生活上の援助を行うサービスです。

7 介護計画書・介護予防（総合事業）訪問介護計画書に沿って、選択されたサービスを提供します。

【サービス内容区分】

<身体介護>	<生活援助>
①入浴介助	①調理
②更衣介助	②買物
③清拭	③洗濯
④洗髪	④掃除
⑤排泄介助	⑤食事セッティング
⑥整容介助	⑥その他必要な生活援助
⑦起床・就寝介助	
⑧その他必要な身体介護	
⑨食事介助	

【ご注意】以下のようなサービスは、介護保険制度上のサービスとして提供することはできません

(1) 「本人の援助」に該当しないもの

…家族等のための洗濯・買い物、来客の応接（お茶の手配等）

(2) 「日常生活の援助」に該当しないもの

…花木の水やり、ペットの世話、家具等の移動、大掃除、窓のガラス磨き等

8 サービス提供責任者について

(1) 介護保険制度ではサービス提供をするにあたって、サービス提供責任者を設けています。

サービスに対して不満や疑問、ご相談などがある時は当施設のサービス提供責任者まで、ご連絡をお願いします。

連絡先（電話） 0466-41-2481

なお、サービスを提供する主な訪問介護員（ヘルパー）は、事業者の都合によって担当が変更することもありますが、その場合はサービス提供責任者から事前に連絡します。

9 利用者負担金の支払について

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該訪問介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

(1) 利用者の方からお支払いいただく利用者負担金は、別紙「利用者負担金一覧表」のとおりです。

なお、介護職員の人員不足、処遇を改善するために設けられた、介護職員処遇改善加算Ⅰ、介護職員特定事業所加算Ⅱ、介護職員ベースアップ等加算を当ステーションは取得しておりますが、6月より1本化されて介護職員処遇改善加算Ⅱのみになります。総合計単位に加算の単位を加え計算、利用者様からご負担いただいております。

利用者負担金は、国の行う介護報酬改定等で変更になることもあります。

- (2) その他の負担金は、運営基準（厚生省令）で定められた「その他の費用」（全額、自己負担）
通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用（全額、自己負担）
- (3) 「通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用」とは、(2)で定められている内容以外のサービス提供を受けた場合又は制度上の支給限度額を超えてサービス提供を受けた場合にかかる費用です。（ただし保険外のサービスを受ける場合は、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、利用者の同意を得ることになります。）
- (4) 利用者負担金は、サービスを提供した翌月の27日に、ご指定の口座からのお振替になります。お振込みの方は20日までに、指定の金融機関の口座へお振込をお願いします。

10 サービスの中止

- (1) 利用者がサービスの利用の中止（キャンセル）をする際には、すみやかに次の連絡先（又は前記のサービス提供責任者）までご連絡ください。
 - ・連絡先（電話）：0466-41-2481
 - ・連絡時間：午前9：00～午後17：30
 - (2) 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々日までにご連絡ください。前日又は当日の中止については、次のキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承ください（ただし、利用者の容態の急変など、緊急でやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です）。
- キャンセル料は、利用者負担金の支払いに合わせてお支払いいただきます。

時 期	キャンセル料	備 考
サービス利用日の前々日まで	無 料	
サービス利用日の前日まで	利用者負担金の50%	
サービス利用日の当日	利用者負担金の100%	

11 その他

本説明書に記載のない事項については双方協議の上、誠意をもって対処するものとします。

12 緊急時の対応

サービス提供にあたり、事故や体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、緊急の連絡体制をとっています。

発見者 → 看護師及び主治医（指示を仰ぐ） → 家族 → 救急機関 → 居宅（ケアマネ）
利用者様の担当主治医として、連携医療機関の医師が訪問診療しています。

13 衛生管理及び非常災害対策

- (1) 訪問介護員（ヘルパー）等の清潔保持、健康状態について必要な管理を行い、感染症の予防

及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します・

(2) 災害時の対応

(ア) 発生個所確認⇒ ②初期消火（火災の場合）⇒ ③通報⇒ ④緊急連絡網⇒ ⑤避難誘導⇒ ⑥点呼

(3) 防災設備

スプリンクラー・消火器・避難器具・火災通報装置・自動火災報知機

(4) 防災訓練等

年2回（3月、9月）実施

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対して指定訪問介護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、「業務改善計画」を策定し計画に従って必要な措置を講じます。

1 4 個人情報の利用に関して

別紙で個人情報使用同意書を頂いていますが、それは必要最小限の範囲内と明記されており上記のような非常災害等が起こった場合、利用者または第三者の生命、身体等に危険がある場合など、正当な理由がある場合は、最小限に留まらず個人情報を提供します。

1 5 守秘義務について

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保守します。

また、職員の退職後もこれらの秘密を保守すべき旨を従業者との雇用契約の内容としています。

1 6 利用者の尊厳

利用者の人権・プライバシーの保護のため従業者教育を行います。

1 7 高齢者虐待防止と身体拘束の禁止

高齢者虐待は違法行為で、許されないことです。身体的虐待、威圧的な態度や誹謗中傷などの心理的虐待、性的虐待、経済的虐待、介護の放置・放任などのすべての虐待を、行わない、見聞きしたら放置しない。その行為は通報の義務が生じるということを職員は研修により学び、受け止め、防止に努めています。

身体拘束は、緊急時ややむを得ない場合を除き禁止されています。理由により拘束せざるを得ない場合には、事前に利用者及び家族へ十分な説明をして、同意を得るとともに、その状態、時間、その際の利用者の心身の状況並びに拘束に至った理由について記録します。

1 8 ハラスメントの防止

事業者の職員に対して行うセクシャルハラスメント行為（暴言、暴力などの身体的行為、嫌がらせや誹謗中傷などの精神的行為、性的な内容の発言や行動など）やパワーハラスメント行為（職員の住所や電話番号などをしつこく聞く、度を超えた謝罪の要求など）は、健全な信頼関係が円滑に継続できるように相互が取り組みます。

1 9 苦情相談、相談窓口

(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。

苦情・相談窓口	電話番号 0466-41-2481 FAX番号 0466-41-2482 管理者 藤井 貴博 対応時間 平日9時00分 ~ 17時30分
---------	---

(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。

市町村介護保険相談窓口 福祉部 介護保険課	所在地 藤沢市朝日町1-1 電話番号 0466-50-8270 対応時間 平日8時30分 ~ 17時00分
神奈川県国民健康保険団体 連合会（国保連） 介護苦情相談課	所在地 横浜市西区楠町27-1 電話番号 045-329-3447 0570-022110（苦情専用） 対応時間 平日8時30分 ~ 17時15分

【 説明確認欄 】

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明し交付しました。

年 月 日 (事業者) 事業者名 エクセルシオール湘南台ケアサービス

説明者 _____ 印

サービス契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受け内容に同意し交付を受けました。

年 月 日 (利用者) 氏名 _____ 印

(代理人又は立会人) 氏名 _____ 印