

# 夜間対応型訪問介護重要事項説明書

## (潤生園ホームヘルプサービス)

社会福祉法人 小田原福社会

## 1、事業所の概要

- ・事業所名 潤生園ホームヘルプサービス
- ・介護保険事業所番号 1492300015（平成19年 4月 1日小田原市指定）
- ・提供サービス 夜間対応型訪問介護
- ・管理者及び連絡先 小関邦江（連絡先 小田原市蓮正寺997-1 TEL0465-39-3101）
- ・提供可能地域 小田原市全域

## 2、事業所の職員体制（平成30年 4月 1日現在）

- 管理者 1名（常勤兼務）
- オペレーター 9名（常勤兼務）
- 面接相談員 6名（常勤兼務）
- 訪問介護職員 11名（常勤・非常勤兼務）

## 3、サービス提供時間

- ・営業日 月曜日～日曜日（年中無休）
- ・営業時間 午後6時00分～翌朝8時00分
- ・サービス提供時間 24時間対応

## 4、訪問介護の内容及び利用料等

### （1）オペレーションセンターサービス

ケアコール端末やペンダントの非常押しボタンによる通報で会話し安否をお尋ねします。常に安心を提供しながら、状況により訪問などの要否を判断し、適切に対応します。

### （2）定期巡回サービス

ご自宅を定期的に巡回訪問して各種の介護、介助を行います。

### （3）随時訪問サービス

ケアコール端末やペンダントの非常押しボタンによる通報で、体調不良、排泄介助等にすぐに駆けつけて対応します。

### ① 介護報酬に係る利用者負担金（費用全体の1割又は2割）

やむを得ない事情により、尚ご利用者又は代理人の方に同意を得て2人で訪問した場合には、2人分の料金となります。

#### ○夜間対応型訪問介護利用時間（18：00～翌朝8：00）

- ・基本夜間対応型訪問介護費（1ヶ月 1009単位 1割の場合：1080円 2割の場合：2160円）
- ・24時間通報対応加算（1ヶ月 610単位 1割の場合：653円 2割の場合：1306円）

※ご希望により上記利用時間（18：00～翌朝8：00）以外の時間帯に対応致します。

- ・定期巡回サービス費（1回 378単位+18単位<sup>注2</sup>=396単位 1割：424円 2割：848円）
- ・随時訪問サービス費（Ⅰ）（1回 576単位+18単位<sup>注2</sup>=594単位 1割：636円 2割：1271円）
- （Ⅱ）<sup>注1</sup>（1回 775単位+18単位<sup>注2</sup>=793単位 1割：849円 2割：1697円）

注1 ヘルパーを2名派遣する場合

注2 当事業所は、研修等を計画的に実施し、介護福祉士を40%以上配置していますので、サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ（1回につき18単位）が加算されます

- ・介護職員処遇改善加算Ⅰ ひと月に算定した所定単位数の13.7%の単位数が介護職員の処遇改善について、必要な要件に適合する事業所に加算されます。

### ② 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用（全額、利用者負担）

### ③ ケアコール端末機の設置は無料になりますが、端末機及び付属品の紛失、破損があった場合は実費相当を頂きます。また契約解除の際は端末機を引き上げる事とします。

- ④ 鍵の保管を行う為のキーボックス（後述）を設置する際、設置に係る費用は無料となります。
- ⑤ 交通費は上記1のサービス提供を行う地域にお住まいの方は無料となります。それ以外の地域にお住まいの方は、訪問介護員が訪問するための交通費の実費を負担して頂くこととなります。訪問介護員が自動車を使用する場合の交通費は、通常の実施地域を越えて1キロメートル増すごとに片道50円をいただきます。
- ⑥ 訪問の際、サービス提供するために使用する電気、ガス、水道等の費用はご利用者のご負担とします。

※ ②③⑤の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前説明を致します。  
尚、介護保険制度改正に伴う介護報酬改定につきましては、別途料金表にてお知らせいたします。

#### <その他>

※利用者負担金は、銀行引き落としにてお支払いいただきますようお願いいたします。

○自動口座引き落としは、ご指定の金融機関の口座から毎月27日に引き落とします。

※介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。

## 5、通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、小田原市とします。

## 6、サービス利用の中止

(1) サービスの利用の中止をする際には、下記の連絡先までご連絡ください。

連絡先（電話）：[0465-39-3101](tel:0465-39-3101)

(2) 定時訪問利用者の都合でサービスを中止にする場合には、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。なお、前々日までご連絡がない場合には、1回につき1,000円のキャンセル料を頂きます。

## 7、緊急時等における対応方法

オペレーター・訪問介護員等は、通報の内容及び訪問介護を実施中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医・家族及び介護支援専門員等に連絡する等必要な措置を講じます。

## 8、事故発生時の対応方法（損害賠償責任）

当事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族、介護支援専門員に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。

- 2 当事業所は、サービス提供に伴って事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を支払います。
- 3 当事業所は、前項の損害賠償のために損害賠償責任保険に加入しています。

## 9、非常災害対策

事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出等訓練を行います。

- 2 非常災害が治まった後、利用者及び従業員の人命救助を最優先し、安否確認を行います。
- 3 各部門の緊急連絡網を活用し、有事の際、情報共有を徹底します。

## 10、合鍵の管理及び紛失時の対処方法

利用者・家族等の希望により、事業者が鍵を預かる際は、協議及び別紙「鍵預書」を発行のうえ

で、利用者宅にキーボックスを設置します。取扱いの方法は、「鍵預書」にて定めます。

## 1 1、相談窓口、苦情対応

※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。

- ・相談責任者 管理者 小関邦江
- ・対応時間 午前8時00分～午後5時00分まで
- ・電話番号 0465-39-3101
- ・ファックス 0465-39-3102

### 《小田原福祉会設置の福祉サービス相談委員会》

- ・設置会場 小田原市穴部377 潤生園本部 会議室
- ・相談会開催日 毎月第3木曜（10：00～11：00）
- ・担当 第三者委員・高橋重光（電話：0465-35-1709）  
第三者委員・北村セツ（電話：0465-34-1632）  
第三者委員・高木雅子（電話：0465-36-4622）

### 《公的受付機関》

- ・小田原市高齢介護課介護給付係（月～金曜日 8：30～17：15）  
小田原市荻窪300 TEL0465-33-1872
- ・神奈川県国民健康保険団体連合会（月～金曜日 8：30～17：15）  
横浜市西区楠町27-1 TEL0570-022110

## 1 2、法人の概要

名 称	社会福祉法人 小田原福祉会	
代表者名	理事長 時 田 純	
所在地	小田原市穴部377番地	
T E L	0 4 6 5 - 3 4 - 6 0 0 1	
F A X	0 4 6 5 - 3 4 - 9 5 2 0	
事業概要	・特別養護老人ホーム 1事業所 ・地域密着特別養護老人ホーム 1事業所 ・短期入所生活介護 2事業所 ・サービス付き高齢者向け住宅 2事業所 ・居宅介護支援事業所 2事業所 ・介護予防支援事業所 3事業所 ・訪問介護事業所 1事業所 ・夜間対応型訪問介護 1事業所 ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 2事業所 ・通所介護事業所 3事業所 ・地域密着型通所介護事業所 10事業所 ・訪問看護事業所 1事業所 ・小規模多機能型居宅介護事業所 4事業所 ・認知症対応型共同生活介護 1事業所 ・福祉用具貸与/特定福祉用具販売 1事業所 (平成30年 4月 1日現在)	

## 1 3、緊急時の対応

事業者は、現に訪問介護の提供を行っている時に事故による利用者の怪我及び利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医・家族及び介護支援専門員等に連絡をとる等必要な措置を講じます。

#### 1 4、虐待の防止の為の措置

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止の為、必要な体制の整備を行うとともに、授業者に対して研修を実施するなどの措置を講じます。

#### 1 5、その他

訪問介護員に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただいております。

平成 年 月 日

上記のとおり重要事項を説明し、交付いたしました。

潤生園 ホームヘルプサービス (夜間対応型訪問介護)

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

上記のとおり重要事項の説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者は、心身の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印

(続柄 \_\_\_\_\_ )

～ メモ ～