

グリーンライト夜間対応型訪問介護事業所重要事項説明書

<令和6年6月1日現在>

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 024-542-7777 (午前8時30分～午後5時30分まで)

担当 小原 真紀 ※ご不明な点は、何でもおたずねください。

2. 事業所の概要

(1) 事業目的

社会福祉法人福島福祉会が経営するグリーンライト夜間対応型訪問介護事業所の運営及び利用について必要な事項を定め、事業の円滑な運営を図れることを目的とします。

(2) 運営方針

- 事業所の夜間対応型訪問介護員等は、要介護者等の特性を踏まえて、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、夜間において、定期的な巡回又は通報によりその者の居宅を訪問し、排泄の介護、日常生活上の緊急時の対応、その他の夜間において安心してその居宅において生活を送ることができるようにするための援助を行います。
- 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(3) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	グリーンライト夜間対応型訪問介護事業所
所在地	福島県福島市飯坂町湯野字梁尻1番の1
介護保険指定番号	福島市指定 0790100457
サービスを提供する地域	福島市飯坂町(飯坂支所管内)、下飯坂、沖高(北信支所管内の一部)

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(4) 事業所の職員体制

職 種		資 格	常 勤	兼務内容	職務内容	計
所 長 (兼)			1 名		職員・業務の一元的な管理	1 名
管 理 者 (兼)		介護福祉士	1 名	面接相談員兼務	職員・業務の一元的な管理	1 名
オペレーター (兼)		介護福祉士	1 名以上	訪問介護員兼務	介護計画書作成 サービスの調整 技術指導 等	1 名以上
面接相談員 (兼)		介護福祉士	1 名以上	オペレーター・訪問介護員兼務		1 名以上
訪問 介護 員	定期巡回訪問介護員 (兼)		1 名以上	オペレーター兼務	適切なサービス提供 利用者状態把握	1 名以上
	随時対応訪問介護員 (兼)		1 名以上	オペレーター兼務		1 名以上

(5) 営業日及び営業時間

①営業日 365日（年中無休）

②サービスの提供時間 夜間 21:00～翌朝6:00

3. サービス内容

(1) オペレーションセンターサービス

オペレーションサービスは、オペレーター及び面接相談員が行います。

あらかじめ利用者様の心身の状況、その置かれている環境等を把握した上で、利用者様からの通報を受け、通報内容等を基に訪問介護員等の訪問の可否等を判断します。

(2) 定期巡回サービス

担当する介護支援専門員が作成するケアプランに基づいて定期的に訪問致します。

(3) 随時訪問サービス

オペレーター等からの随時の連絡に対応して行います。

4. 利用料金

(1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金（料金表）の1割又は2割又は3割です。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

① 基本夜間対応型訪問介護費（Ⅰ）・・・989円／月

利用者様に対して、事業所に通報できるテレビ電話を貸与し、利用者様からの通報を受けることができる体制を整備している場合に算定します。

※月途中からの利用開始又は月途中での利用終了の場合には、日割り計算となります。

※契約中であれば、短期入所利用や入院の有無にかかわらず月額報酬での算定となります（1月を通じ入院し自宅にいない場合を除く）。

※医療機関に入院する日に契約を解除した場合の終了日は入院日、再契約した日が開始日となります。

② 定期巡回サービス費・・・・・・・・・・3,720円／回

利用者様に対して、指定夜間対応型訪問介護事業所の訪問介護員等が、定期巡回サービスを行った場合に、算定します。

③ 随時訪問サービス費（Ⅰ）・・・・・・・・5,670円／回

利用者様に対して、指定夜間対応型訪問介護事業所の訪問介護員等が、随時訪問サービスを行った場合に、算定します。

④ 随時訪問サービス費（Ⅱ）・・・・・・・・7,640円／回

次のいずれかに該当する場合において、1人の利用者様に対して2人の指定夜間対応型訪問介護事業所の訪問介護員等により随時訪問サービスを行うことについて利用者様又は、そのご家族様等の同意を得て、随時訪問サービスを行った場合に算定します。

（イ） 利用者様の身体的理由により1人の訪問介護員等による介護が困難と認められる場合。

（ロ） 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合。

（ハ） 長時間にわたり定期巡回サービス又は随時訪問サービスを提供していない利用者様から

の通報を受けて、随時訪問サービスを行う場合。

(二) その他利用者様の状況等から判断して、イからハまでのいずれかに準ずると認められる場合。

⑤サービス提供体制強化加算 (I) イ・・・・・・220円/回

サービス提供体制強化加算 (I) ロ・・・・・・154円/回

介護福祉士の資格保有者を一定数、配置している場合にどちらか一方を算定します。

⑥24時間通報対応加算・・・・・・6,100円/月

利用者様に対して、テレビ電話を貸与することにより、事業所に24時間通報対応可能な体制を整えている場合に 算定します。

⑦介護職員等処遇改善加算 (II)・・・・・・1月につき所定単位の22.4%を加算

(2) 交通費

前記2の(3)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

通常の事業の実施地域を超えて行う事業に要する交通費の実費が必要となります。

なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額となります。

通常の事業の実施区域の境界から、1kmあたり 25円

前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者様又はそのご家族様に対して事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名(記名押印)を受けるものとします。

(3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金を頂きます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。(連絡先 電話 024-542-7777)

①ご利用の前日午後5時までにご連絡いただいた場合	無 料
②ご利用の前日午後5時までにご連絡がなかった場合	当該基本料金の50%

(4) 償還払い

介護保険料の未納等にて償還払いの対象になった場合には、全額を自己負担した後、条件が改善された時に保険者に届け出ることで介護報酬分が払い戻されます。

(5) お支払い方法

①毎月10日前後に前月分の請求をいたしますので、毎月15日に預金口座より自動引落としとなります。(引落日が銀行休業日となる場合は翌営業日に引落としをします。)

自動引落とし確認後領収書を発行します。

②利用者様のお住まいで、サービスを提供するために使用する水道、ガス、電気等の費用は利用者様のご負担になります。

5. その他

①ケアコールのためのテレビ電話を事業所より貸し出します。毎月の基本料(934円)と通話料は利用者様負担となります。

②安否確認のための夜間定期訪問及び緊急時の夜間随時訪問のためキーボックスの設置をお願いします。キーボックスの設置を望まないご利用者様については、合鍵をお預かりし、事務所のキーボックス又は金庫に保管します。その場合は合鍵の預かり証を発行します。サービスの終了時や返却のご要望があった場合は、速やかに返却します。

6. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。

ご利用内容、日程の決定後に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

(2) サービスの終了

①お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日1週間前までに文書でお申し出下さい。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。

その場合は、終了1ヶ月前までに文章で通知いたします。

③自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者様が介護保険施設に入所した場合。
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が、要支援、または非該当（自立）と認定された場合。
- ・利用者様がお亡くなりになった場合。

④その他

- ・当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族様などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業者が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・お客様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族様などが当事業所や当事業所の従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為・ハラスメント行為を行った場合は、文章で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

7. 当事業所訪問介護サービスの特徴等

(1) サービス利用のために

事項	有無	備考
ホームヘルパーの変更の可否	有	変更を希望される方はお申し出ください。
男性ヘルパーの有無	有	
従業員への研修の実施	有	月1回以上所内研修を実施しています。
サービスマニュアルの作成	有	

8. 損害賠償責任

事業者は、サービス提供にともなって、事業者の責めに期すべき事由により利用者様の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者様に対してその損害を賠償します。

9. サービス内容に関する苦情

(1) 当センターご利用者相談・苦情担当

第三者委員（法人監事） 畠 勲

電 話 024-542-3979

第三者委員(民生・児童委員) 長谷部 ひろ子

電 話 024-542-0504

苦情受付担当者（管理者） 小原 真紀

電 話 024-542-7777

受付時間 平 日 8:30～17:30

土・日・祝日、年末・年始を除く

※その他、当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることが出来ます。

福島市健康福祉部保健福祉センター 介護保険課

電 話 024-525-6500

10. 緊急時の対応方法

- (1) サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族様、居宅介護支援事業者等へ連絡するとともに管理者に報告を行います。

	氏 名	連 絡 先
主治医	先生	
協力病院		
ご家族様（1）		
ご家族様（2）		
居宅事業所		

11. 事故発生時の対応方法

- (1) サービス提供中に事故が発生した場合は、事前の打合せにより主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者、及び関係市町村等へ連絡する等の措置を講じるとともに管理者に報告を行います。
- (2) サービス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。

12. 秘密保持

- (1) 事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者様およびそのご家族様に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (3) 事業者は、利用者様から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者様の個人情報を用いません。
- (4) 事業者は、利用者様のご家族様から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該ご家族様の個人情報を用いません。

1 3. 虐待防止のための措置

(1) 事業所は、利用者様の人権擁護・虐待等の防止のための次の措置を講じるものとする。

- ①虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- ②利用者様及そのご家族様からの苦情処理体制の整備
- ③その他虐待防止のために必要な措置

(2) 事業者は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者様のご家族様等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者様を発見した場合は、速やかにこれを市町村へ通達する者とする。

1 4. 業務継続計画の策定等

(1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定夜間対応型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計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

(2) 事業所は、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するものとする。

(3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

1 5. 身体拘束

(1) 事業所は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行わない。やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとする。

16. 事業所の概要

法人名	社会福祉法人 福島福祉会
代表者名	三瓶 松太郎
法人所在地、連絡先	福島県福島市飯坂町湯野字梁尻1番の1 電話番号 024-542-7777 FAX 024-543-1141
定款の目的に定めた事業数等	(1) 第一種社会福祉事業 (イ) 養護老人ホームの経営 (2) 第二種社会福祉事業 (イ) 老人短期入所事業の経営 (ロ) 老人デイサービス事業の経営 (ハ) 老人居宅介護等事業の経営 公益を目的とする事業 この法人は、社会福祉法第26条の規定により次の事業を行う。 (1) 温泉利用デイサービス事業 (2) 高齢者グループリビングの経営 (3) 居宅介護支援事業 (4) 地域包括支援センターの経営 (5) 介護予防支援事業 (6) 介護予防・日常生活支援総合事業 (7) 高齢者生活共同運営住宅(高齢者生き生きグループリビング)の設置及び運営 (8) 訪問看護事業

17. 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和	年	月	日
-----------------	----	---	---	---

訪問介護の提供に関し、利用者様に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

(事業者)

所在地 福島県福島市飯坂町湯野字梁尻1番の1

事業署名 グリーンライト夜間対応型訪問介護事業所

所 長 佐 藤 英 壽 印

説明者氏名 印

私は、書面に基づいて、事業所から重要事項の説明を受け、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 印

(家 族) 住 所

(代理人) 氏 名 印

※利用者の箇所を家族又は代理人が記入した場合その理由