

「居宅介護サービス」重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第76条に基づき、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

1.事業者

名 称	社会福祉法人 八郎潟町社会福祉協議会
所在地	秋田県南秋田郡八郎潟町字家ノ後23番地の3
電話番号	018-875-3871
代表者氏名	会長 伊藤 則彦
設立年月	昭和51年3月17日

2.事業所の概要

事業所の種類	指定支援事業所・平成18年10月1日指定 秋田県 指令障 976-6	
事業の目的	八郎潟町社会福祉協議会指定支援事業所は、利用者の意思を尊重し、利用者の立場にたった適切なサービスを提供することを目的とする。	
事業所の名称	社会福祉法人八郎潟町社会福祉協議会指定支援事業所	
事業所の所在地	秋田県南秋田郡八郎潟町字家ノ後23番地の3	
電話番号	018-875-3871	
管理者氏名	畠山 一将	
事業所の運営方針について	<ol style="list-style-type: none">利用者が居宅において日常生活を営むことができるよう、その利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境等に応じ、生活等に関する相談、助言及びその他全般にわたる援助を適切に行うものとする。事業の実施にあたっては、利用者の必要なときに、適切なサービスの提供ができるように努めるものとする。事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとする。事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス機関やサービス提供責任者と連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。前各項に定めるもののほか、関係法令等を遵守し、事業を実施するものとする。	
開設年月	平成15年4月1日	
事業所が行なっている他の業務	居宅介護支援事業 訪問型サービス 地域密着型通所介護事業	平成12年4月1日指定 平成30年4月1日指定 令和 3年4月1日指定

3. 事業実施地域

八郎潟町 五城目町 井川町

4. 営業時間

営業日	毎週月曜日から金曜日(ただし、利用者の希望により土、日、祝祭日及び12月30日から1月3日についても営業するものとします。)
受付時間	午前8時30分から午後5時30分
サービス提供時間帯	午前8時30分から午後5時30分(ただし、必要に応じて早朝、夜間の対応をいたします。)
緊急連絡受付	緊急を要する事態が発生した場合は、下記の連絡先にて受付いたします。 連絡先:090-5833-1896(事業所携帯)

5. 職員体制状況

職種	常勤	非常勤	職務の内容
1. 管理者	1	0	従業者及び業務の管理
2. サービス提供責任者	4	0	事業の申し込みに関する調整 介護員への技術指導 計画書の作成、内容の管理等
3. 居宅介護従事者(ホームヘルパー)	4	6	居宅介護サービスの提供 業務の記録・整備等
(1)介護福祉士	4	2	
(2)訪問介護養成研修1級 (ヘルパー1級)課程修了者	0	0	
(3)訪問介護養成研修2級 (ヘルパー2級)課程修了者	0	4	
(4)訪問介護養成研修3級 (ヘルパー3級)課程修了者	0	0	

当事業所では、利用者に対して指定訪問介護、指定居宅介護を提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

6. 事業所が提供するサービスと利用料金

(1)「居宅介護計画」とサービス内容(契約書第3条・第4条参照)

当事業所では、下記のサービス内容から居宅介護計画を定めて、サービスを提供します。「居宅介護計画」は、市町村が決定した「支給量」と利用者の意向や心身の状況を踏まえて、具体的なサービス内容や利用者に対するサービス実施日などを記載しています。「居宅介護計画」は、利用者や家族に事前に説明し、同意をいただくとともに、写しを利用者に交付します。また、利用者の申し出により、いつでも見直すことができます。

〔サービス区分及びサービス内容〕

当事業所では、利用者に対して障害者自立支援法に基づいて、居宅介護を提供します。

当サービスの利用は、原則として介護給付費の支給決定を受けた方が対象となります。

〔居宅介護〕

① 身体介護(ご家庭に訪問し、入浴や排泄、食事などの介助をします。)

○ 入浴介助・清拭・洗髪…入浴の介助や清拭(体を拭く)や洗髪などを行います。

○ 排せつ介助…排せつの介助、おむつ交換を行います。

○ 食事介助…食事の介助を行います。

○ 衣服の着脱の介助…衣服の着脱の介助を行います。

○ 通院介助…通院の介助を行います。

○ その他必要な身体介護を行います。

※ 医療行為はいたしません。

② 家事援助(ご家庭に訪問し、調理、洗濯、掃除などの生活の援助を行います。)

○ 調理…利用者の食事の用意を行います。

○ 洗濯…利用者の衣類等の洗濯を行います。

○ 掃除…利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。

○ 買い物…利用者の日常生活に必要となる物品の買い物を行います。

○ その他関係機関への連絡など必要な家事を行います。

※ 預貯金の引き出しや預け入れは行いません。(預貯金通帳・カードはお預かりできません。)

※ 利用者以外の方の調理や洗濯、利用者以外の方の居室や庭等の敷地の掃除は原則として行いません。

③その他、必要に応じて健康や日常生活上の状況をお伺いし、生活上のご相談や助言を行います。

(2)利用者負担額(契約書第5条参照)

上記サービスの利用に対しては、通常9割が介護給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費を代理受領する場合には、利用者は、利用者負担分としてサービス料金の1割(定率負担)を事業者にお支払いいただきます。

なお、5頁(利用者負担の減免について)に記載する個別減免が適用される場合には、減免後の金額となります。

◎2人のホームヘルパーにより訪問を行った場合

1人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合等で、利用者の同意のもと2人のヘルパーでサービスを提供した場合は、2倍の利用者負担額をいただきます。

◎利用者負担額の上限等について

介護給付費対象のサービスの利用者負担額は上限が定められています。

また、利用者のご希望により、当事業所を利用者負担の上限管理者に選任される場合には、サービス利用開始の際にその旨をお申し出ください。

◎償還払い

事業者が介護給付費額の代理受領を行わない場合は、介護給付費基準額の全額をいったんお支払いいただく場合があります。この場合、利用者に「サービス提供証明書」を交付します。(「サービス提供証明書」と「領収書」を添えてお住まいの市町村に申請すると介護給付費が支給されます。)

◎サービス利用料金

下記の料金表によって、サービス利用料金から介護給付費の給付額を除いた金額(利用者負担)をお支払いいただきます。(個別減免等の負担軽減措置については5頁(利用者負担の減免について)をご参照ください)

[利用者料金表]

◎身体介護

◎通院介護(身体介護を伴う場合)

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	1時間30分以上 2時間未満	2時間以上 2時間 30分未満	2時間 30分以上 3時間未満	3時間以上	30分毎に 加算
256円	404円	587円	669円	754円	837円	921円	83円

◎通院介護(身体介護を伴わない場合)

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	1時間 30分以上	30分毎に 加算
105円	197円	275円	348円	69円

◎家事援助

30分未満	30分以上 45分未満	45分以上 1時間未満	1時間以上 1時間15分 未満	1時間15分 以上 1時間30分 未満	1時間30分 以上	15分毎に 加算
106円	153円	197円	239円	275円	311円	35円

◎緊急時対応加算

1回につき100単位(100円)を加算(月2回を限度)

家族の入院等により利用者からの緊急要請によって、サービス提供責任者が居宅介護計画の変更及びヘルパーの手配、場合によっては自らがサービス提供を行うなど、緊急的に利用した場合に1回につき100単位(100円)が加算されます。

◎初回加算

1月につき200単位(200円)を加算

・新規に指定支援事業所の居宅介護を利用する場合、その事業所のサービス提供責任者が初回若しくは初回の属する月に居宅介護を行った場合、又はヘルパーが初回若しくは初回の属する月の居宅介護を行った際にサービス提供責任者が同行した場合に1ヵ月につき200単位(200円)が加算されます。

◎特別地域加算

1月につき15/100を加算

厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者様に対してサービスを提供した場合は単価の15%が加算されます。

〔利用者負担の減免について〕

◎利用者負担に関する月額上限

1ヶ月あたりのサービス利用にかかる「定率負担」については、所得に応じて月額負担額が設定され、それ以上の負担の必要はありません。

区分	世帯の収入状況	1ヶ月あたりの負担上減額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得1	市町村民税非課税世帯で、サービスを利用するご本人の収入が80円以下の方	0円
低所得2	市町村民税非課税世帯(低所得1に該当する者を除く)	0円
一般1	市町村民税課税世帯(所得割16万円(障害児(注)にあたっては28万円)未満の者に限り、20歳以上の施設等入所者を除く。)	【施設入所者以外】 障害者 9,300円 障害児 4,600円 【20歳未満の施設入所者】 9,300円
一般2	市町村民税課税世帯(一般1に該当する者を除く。)	37,200円

(3)利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法(契約書第5条参照)

サービス提供についての利用料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求します。翌月25日までにお支払い下さい。なお、25日が土、日曜日、祝祭日の場合は翌日となります。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。)

(4)利用の中止、変更、追加(契約書第6条参照)

- ① 利用予定日の前に、利用者の都合により、居宅介護計画で定めたサービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日17時30分までに事業者に申し出てください。
- ② 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として料金をお支払いいただく場合があります。但し利用者の体調不良等やむをえない場合は取消料はいただけません。
- ③ 市町村が決定した「支給量」及び当該サービスの利用状況によっては、サービスを追加することもできます。
- ④ サービス利用の変更・追加は、ホームヘルパーの稼働状況により利用者が希望する時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

(5)実費負担額(交通費等)の変更

実費負担額(交通費等)が変更となる場合は、原則としてその2か月前までにご説明します。

7. サービスの利用に関する留意事項

(1)ホームヘルパーについて

サービス提供時に、担当のホームヘルパーを決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数のホームヘルパーが交替してサービスを提供します。担当のホームヘルパーや訪問するホームヘルパーが交替する場合は、予め利用者に説明するとともに、利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。

なお、利用者から特定のホームヘルパーを指名することはできませんが、ホームヘルパーについてご要望等がありましたらご遠慮なく相談ください。

(2) サービス提供について

サービスは、「居宅介護計画」にもとづいて行います。実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、実際の提供にあたっては、利用者の訪問時の状況・事情・意向等について十分に配慮します。

また、サービス実施のために必要な備品等(水道・ガス・電気を含む)は無償で使用させていただきます(ホームヘルパーが必要に応じて事業所に連絡する場合、電話を使用させていただきます。)

(3) サービス内容の変更

訪問時に、利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、利用者の同意を得て、サービス内容を変更又は中止します。

なお、変更した場合は変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

(4) 受給者証の確認(契約書第3条参照)

「住所」及び「利用者負担額」、「支給量」など「受給者証」の記載内容に変更があった場合は速やかにホームヘルパーにお知らせください。

また、担当ホームヘルパーやサービス提供責任者が「受給者証」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いします。

(5) ホームヘルパーの禁止行為

ホームヘルパーは、サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ①医療行為
- ②利用者もしくはご家族等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
- ③利用者もしくはその家族等からの金銭又は物品、飲食の授受
- ④ご契約者の家族等に対するサービスの提供
飲酒・喫煙及び飲食(移動介護等において利用者の同意を得て利用者と一緒に飲食を行う場合は除きます。)
- ⑥身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(利用者又は第三者等の生命又は身体を保つため緊急やむを得ない場合を除く)
- ⑦その他利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動及びその他迷惑行為

8. サービス実施の記録について

(1) サービス実施記録の確認

本事業所では、サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、利用者にその内容のご確認をいただきます。

また、内容に、間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。なお、居宅介護計画及びサービス提供ごとの記録は、サービス提供日より5年間保存します。

(2)利用者の記録や情報の管理、開示について(契約書第8条参照)

本事業所では、関係法令(及び社会福祉法人八郎潟町社会福祉協議会個人情報保護規定)に基づいて利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。

9. 緊急時等における対応方法

(1)サービスの提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)に連絡するなどの措置を講ずるとともに、管理者へ報告いたします。

(2)サービスの提供中に天災その他の災害が発生した場合は必要により利用者の避難の措置を講ずる他、管理者に連絡の上その指示に従うものとします。

主治医	病院名 及び 所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急時連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	()
	住所	
	電話番号	

10. ハラスメントについて

事業所は正当な理由なく、サービスを拒否することはないと下記のような行為があり、ハラスメントに該当するとみなされる場合、利用を中止させていただくとともに該当市町村に報告させていただく場合があります。

- ・訪問介護員に対する身体的暴力

直接的、間接的を問わず、力を用いて危害を及ぼす行為

- ・訪問介護員に対するセクシャルハラスメント

意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求、性的嫌がらせ行為等

- ・訪問介護員に対する精神的暴力

人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけおとしめる行為

11.虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次にあげる通り必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	畠山 一将
-------------	-------

- ② 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- ③ 成年後見制度の利用を支援します。
- ④ 苦情解決体制を整備しています。
- ⑤ 訪問介護員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ⑥ 介護相談員を受け入れます。
- ⑦ サービス提供中に、当該事業所従事者又は擁護者(利用者の家族等高齢者を現に擁護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

12.身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・親愛に対して危険が及ぶことが考えられるときは利用者に対して説明同意を得た上で次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は身体拘束を行って日時、理由及び対応等についての記録を行います。

また事業者として身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- ① 緊急性…直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
- ② 非代替性…身体拘束以外に利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することが出来ない場合に限ります。
- ③ 一時性…利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は直ちに身体拘束を解きます。

13. 損害賠償保険への加入 (契約書第9条参照)

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名　日本興亜損害保険株式会社

保険名　　「社協の保険」総合補償プラン

補償の概要　サービス中の利用者への損害、器物破損などに対して補償

1 4. 苦情等の受付について（契約書第15条参照）

サービス利用等に対する苦情やご相談及び利用料のお支払いや手続などは次の窓口で対応します。

○八郎潟町社会福祉協議会

〔苦情受付担当者〕	田 中 有 香
〔苦情解決責任者〕	藤 井 範 子
電話番号	018-875-3100
FAX番号	018-875-3872
対応時間	月曜日～金曜日 8:30から17:30まで

苦情処理 第三者委員	氏名	住所	電話番号
	八 柳 春美子	八郎潟町一日市40-12	018-875-2481
	三 戸 悟	八郎潟町字昼寝下68-96	018-875-2992
	谷 村 明 美	八郎潟町一日市286-3	018-875-4050

○次の公的機関においても苦情申出等ができます

八郎潟町役場福祉課	所在地	八郎潟町大道80番地
	電話番号	018-875-5808
	FAX番号	018-875-3096
	対応時間	月曜日～金曜日 8:30～17:15まで
秋田県国民健康保険 団体連合会	所在地	秋田県秋田市山王4丁目2-3
	電話番号	018-883-1550
	FAX番号	018-883-1551
	利用時間	月曜日～金曜日 9:00～17:00まで

上記同意を証明するため、本書2通を作成し、利用者と本会の双方が署名のうえそれぞれ一部ずつ保有します。

居宅介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明をしました。

(説明日) 令和 年 月 日

(事業所名) 社会福祉法人 八郎潟町社会福祉協議会指定訪問介護事業所
(管理者 畠山 一将)

(所在地) 秋田県南秋田郡八郎潟町字家ノ後23番地の3

説明者 職名 : _____ 氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定訪問介護サービスの提供に同意いたします。

令和 年 月 日

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____

利用者の身体状況により署名が難しいため、利用者本人の意思を確認のうえ家族等が利用者に代わって署名を代筆しました。

(家族等) 住 所 _____

氏 名 _____

(利用者との関係) _____)