

「居宅介護サービス」・「重度訪問介護サービス」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、当施設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。

- ＊ 本事業所では、利用者に対して障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく居宅介護・重度訪問介護（以下、「居宅介護等」という。）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。

1. 事業者

名 称	社会福祉法人 山鹿市社会福祉協議会
所在地	熊本県山鹿市中578番地
電話番号	0968-43-1134
代表者氏名	会長 早田 順一
設立年月	平成17年1月15日

2. 事業所の概要

事業所の名称	山鹿ヘルパーステーション
事業所の種類	指定居宅介護事業・指定重度訪問介護事業 指定事業者番号：4310500089号 指定年月日：平成18年10月1日
事業の目的	自立支援給付費の決定を受けたご利用者が、居宅においてその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的とする。
事業所の運営方針について	利用者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、介護その他の生活全般にわたる援助を行う。事業の実施に当たっては、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るものとする。
事業所の所在地	熊本県山鹿市菊鹿町下永野650番地
電話番号	0968-48-5566
管理者氏名	平 川 純 子

事業者が行っている他の業務	① 訪問介護事業 ② 介護予防訪問介護事業 ③ 居宅介護支援事業 ④ 通所介護事業		
第三者評価の実施の有無	有 ・ 無	実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称		評価結果の開示状況	
通常の事業の実施地域	山鹿市、和水町、菊池市、熊本市北区植木町		

3. 営業時間

営 業 日	月曜日から日曜日まで（365日）
営 業 時 間	午前8時30分～午後5時30分まで
サービス提供時間	午前8時30分～午後5時30分まで ただし、ご利用者の希望に応じて、上記時間以外でもサービス提供可能な体制をとります。

4. 職員の体制

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	職 員	備 考
1. 管理者	1 名	介護福祉士
2. サービス提供責任者	1 名以上	介護福祉士
3. 訪問介護員	10 名以上	介護福祉士 訪問介護員 2 級課程

当事業所では、利用者に対して指定訪問介護、指定障害者福祉サービス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。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

（1）「居宅介護計画」・「重度訪問介護計画」とサービス内容

当事業所では、下記のサービス内容から居宅介護計画または重度訪問介護計画（以下、「居宅介護計画等」という。）を定めて、サービスを提供します。居宅介護計画等は、市町村が決定した居宅介護の「支給量」（「受給者証」に記載してあります。）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。「居宅介護計画等」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、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》

居宅介護及び重度訪問介護

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します。

○その他関係機関への連絡など必要な家事を行います。

※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

上記サービスの利用に対しては、介護給付費が支給されます。介護給付費は、本事業所が代理受領いたしますので、利用者から受給者証の記載内容に基づきサービス提供の実績に応じて、１ヶ月ごとに、障害者福祉サービスの利用に要する費用のうち、利用者負担額（サービスに要する費用の１割）をお支払いいただきます。なお、利用者負担額は、原則サービス料金の１割ですが、「障害福祉サービス受給者証」に記載されている負担の上限額となりますので、記載されている金額以上のご負担をいただく必要はありません。

< 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（ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ）利用者負担額は、市町村が上限を定めています。そのため、これらのサービスのご利用状況により、当事業所への月々の利用者負担額は変わることがあります。本事業者が代理受領を行った介護給付費額は、利用者に通知します。

< 償還払い >

☆ 介護給付費額を事業者が代理受領を行わない場合は、市町村が定める介護給付費基準額の全額をいったんお支払いいただきます。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。）

（３）サービス利用にかかる実費負担額

サービス提供に要する下記の費用は、介護給付費支給の対象ではありませんので、実費をいただきます。

- ① 通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合でも、交通費は無料です。
- ② 「通院介助」においてホームヘルパーに公共交通機関などの交通費のほか、入場料、利用料等が必要な場合は、利用者の直接のご負担となります。

＜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。（１単位：１０円）

【居宅介護】

イ．身体介護

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
２５６単位	４０４単位	５８７単位	６６９単位
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 (９２１単位に３０分増すごとに)	
７５４単位	８３７単位	８３単位	

ロ．通院等介助（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
２５６単位	４０４単位	５８７単位	６６９単位
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 (９２１単位に３０分増すごとに)	
７５４単位	８３７単位	８３単位	

ハ．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
１０６単位	１５３単位	１９７単位	２３９単位
１時間１５分以上 １時間３０分未満	１時間３０分以上 (３１１単位に１５分増すごとに)		
２７５単位	３５単位		

ニ．通院等介助（身体介護を伴わない場合）

３０分未満	３０分以上 １時間未満
１０６単位	１９７単位
１時間以上 １時間３０分未満	１時間３０分以上 (３４５単位に１５分増すごとに)
２７５単位	６９単位

＜加算について＞

- ① 初回加算（初回のみ月 1 回）・・・ 200 単位
- ② 緊急時訪問加算・・・ 1 回につき 100 単位
- ③ 利用者負担上限管理加算・・・ 1 回につき 150 単位
- ④ 福祉介護職員等処遇改善加算・・・ 1 月あたりの総単位数に 34.7%加算されます。

【重度訪問介護】

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
186 単位	277 単位	369 単位	461 単位
2 時間 30 分以上 3 時間未満	3 時間以上 3 時間 30 分未満	3 時間 30 分以上 4 時間未満	4 時間以上 8 時間未満 (821 単位に 30 分増すごとに)
553 単位	644 単位	736 単位	85 単位

＜加算について＞

- ① 初回加算（初回のみ月 1 回）・・・ 200 単位
- ② 緊急時訪問加算・・・ 1 回につき 100 単位
- ③ 利用者負担上限管理加算・・・ 1 回につき 150 単位
- ④ 福祉介護職員等処遇改善加算・・・ 1 月あたりの総単位数に 27.3%加算されます。

（４）利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法
前記（２）、及び（３）の①の料金・費用は、１ヵ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（１ヵ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。）

1、口座振替	2、窓口払い
--------	--------

- （５）利用の中止、変更、追加
- 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までに事業者申し出て下さい。
 - 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、取消料として下記の料金をお支払いいただきます。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きません。
- | | |
|-----------------------|-----------------|
| 利用予定日の前日までに申し出があった場合 | 無料 |
| 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 | 当日の居宅介護支援費の 10% |
- 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。

(6) 実費負担額（交通費等）の変更

実費負担額（交通費等）を変更する場合は、原則としてその2ヶ月前までに書面にてご説明します。

6. 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。

☆ 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お気づきの点やご要望がありましたら、お客様相談窓口等に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、居宅介護計画等に基づいて行います。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。

☆ 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。

(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が実施できない場合には、利用者の同意を得て、サービス内容を変更することができます。その場合、事業者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

「住所」及び「居宅利用者負担額」、「支給量」など「受給者証」の記載内容の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いたします。

(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利用者の家族等に対するサービスの提供
⑤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護する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

（6）ご契約者 及び 家族等の禁止行為

ご契約者及びその家族等は、訪問介護員に対する次の行為は許されません。

- ①セクシュアルハラスメント、飲酒の強要、暴力行為、その他迷惑行為
- ②身体及び財物の損傷、又は損壊すること

※ご契約者が酒酔い状態の場合は、サービスの提供を行いません。

7. 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、利用者にもその内容のご確認をいただきます。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

本事業所では、関係法令に基づいて、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。（開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります。）

8. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに医療機関への連絡等を行います。

利用者のかかりつけ医療機関	医療機関名： 診 療 科： 主 治 医： 所 在 地： 電 話 番 号：
緊急連絡先①	住 所： 電話番号： 氏 名： 続 柄：

緊急連絡先②	住 所： 電話番号： 氏 名： 続 柄：
--------	-------------------------------

9. 損害賠償

当事業所がサービスの提供にあたって事業者の責任と認められる事由によって利用者に損害を与えた場合には、速やかに利用者の損害を賠償します。

10. 虐待防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとお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	事務局長 稗島 直博
-------------	------------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 職員に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者（利用者の家族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を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

11. 身体拘束等の禁止

(1) 当事業所はサービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者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「身体拘束等」という。）は行いません。

(2) 事業所は、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その他必要な事項を記録します。

(3) 事業所は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。

①身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

②身体拘束等の適正化のための指針を整備します。

③従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

12. 業務継続計画の策定等

(1) 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。

(3) 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います。

1 3. 情報提供に関する同意について

当事業所がサービスを提供する上で知り得たご利用者及びその家族等に関する個人情報の資料について、医療上に緊急の必要がある場合や他事業所との連携を図るための会議で情報提供の依頼があった場合は、管理者の判断により情報を提供しますので、当重要事項説明書で同意していただきます。

1 4. 苦情等の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 ： 管理責任者 平 野 久 美
 ： 管理者 平 川 純 子

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前8時30分から午後5時30分

(2) 行政機関その他苦情受付機関

山鹿市役所 福祉課障がい福祉係	所在地 山鹿市山鹿987番地3 電話番号 (0968) 43-0052 FAX (0968) 43-1170 受付時間 午前8時30分から午後5時15分
熊本県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地 熊本市南千反畑町3-7 電話番号 (096) 324-5471 FAX (096) 355-5440 受付時間 午前8時30分から午後5時15分

令和 年 月 日

三

住 所_____

氏 名 _____ (印)

三

住 所_____

氏 名 _____ (印)

指定障害者福祉サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

所在地	熊本県山鹿市菊鹿町下永野 650
名 称	社会福祉法人 山鹿市社会福祉協議会 山鹿ヘルパーステーション

管理者 平川 純子 ①

説明者職名 サービス提供責任者

氏名 _____ 印 _____