

「指定居宅介護サービス」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、当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。

本事業所では、利用者に対して障害者総合支援法に基づく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。

◇◆目次◆◇

1. 経営法人	2
2. サービス事業所	2
3. 事業実施地域	2
4. 営業時間	2
5. 職員の職種	3
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
7. サービスの利用に関する留意事項	6
8. サービス実施の記録について	8
9. 苦情申立先	8
10. 秘密保持	9
11. 事故発生時の対応	9
12. 緊急時の対応	9

社会福祉法人凌友会

(事業所名 ホームヘルプサービスチーム桂寿苑)

当事業所は佐賀県の指定を受けています。

(佐賀県指定 第 4 1 1 0 1 0 0 4 2 9 号)

1. 経営法人

法人の名称	社会福祉法人 凌友会
法人所在地	佐賀市久保泉町大字川久保1986番地1
法人の種別	社会福祉法人
法人代表者氏名	凌 文子
電話番号	(0 9 5 2) 9 8 - 3 5 2 1
FAX番号	(0 9 5 2) 9 8 - 3 5 1 3

2. サービス事業所

事業の種類	ホームヘルプサービスチーム桂寿苑
指定年月日・番号	平成20年10月1日 ・ 佐賀県4110100429号
施設の名称	ホームヘルプサービスチーム桂寿苑
施設長	凌 文子
管理者	木藤 由美子
所 在 地	佐賀市金立町大字千布4088番地1
電 話 番 号	(0 9 5 2) 7 1 - 8 0 5 5
FAX番号	(0 9 5 2) 9 8 - 2 8 6 3
電子メール	kinryuu@ryoyuukai.jp
事業所の運営方針について	利用者が居宅において日常生活を営む事ができるよう、当概利用者の身体その他状況及びその置かれている環境に応じて、入浴、排泄、食事等の介護、調理、洗濯及び掃除及び掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言並びに外出時における移動の介護その他生活全般にわたる援助を適切に行うものとする。

3. 事業実施地域

事業の実施区域	佐賀市、小城市、神崎市、吉野ヶ里町 ただし、特段の事情があれば、その限りではありません。
---------	---

4. 営業時間

営業日	年中無休(365日)
営業時間	午前8時～午後6時まで ただし、対応が可能な場合は、上記営業時間外においても対応することがあります。

5. 職員の職種 人数及び職務内容※職員の体制については指定基準を遵守しています。

職員の職種	員 数	区 分				常勤換算を した場合の 人員数	職 務 内 容
		常 勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1	0	1	0	0		従業者の管理
サービス提供責任者							従業者の管理 利用者の派遣調整
従業者							従業者活動

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。（例）週8時間勤務の職員が5名いる場合、常勤換算では、1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

6. 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」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」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＞

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。
- ※ 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 移動介護<ガイドヘルプサービス>(通院や外出の介助を行います。)
- (視覚障害がある方及び脳性まひなどの全身性障害がある方など屋外での移動に著しい制限のある方を対象としたサービスです。)
- 官公庁や銀行等の公共機関への用務など社会生活上不可欠な外出及び余暇活動等社会参加のための外出の援助を行います。
- ※ 1日の範囲内で用務を終えるものを原則とし、通勤、営業活動等の経済活動に係る外出、通年かつ長期にわたる外出の介助はいたしません。
- ④ 日常生活支援(身体介護や家事援助、見守りなど生活全般を支援します。)
- (脳性まひなどの全身性障害がある方など日常生活全般に常時の支援を要する方を対象としたサービスです。)
- 身体介護、家事援助、見守り等を行います。具体的な内容は、身体介護、家事援助と同様です。
- ⑤ 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、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利用者本人及び扶養義務者の負担能力に応じ市町村が決定する額(利用者負担額)を上限にお支払いいただきます。

<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(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(契約書第5条参照)

- ① 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。
- ② 「移動介護」や「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（サービスご利用時にその都度ご負担いただきます。）

(4) 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)

前記(2)、及び(3)の①の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算しご請求しますので、2ヶ月後の15日までに以下の方法でお支払い下さい。（1ヶ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。）

金融機関口座からの自動引き落としをさせていただきます ご利用いただける金融機関 佐賀銀行・郵便局 (引き落とし手数料は凌友会で負担いたします)
--

(5) 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までに事業者に申し出て下さい。
- 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、取消料として利用料金の1割をお支払いいただきます。ただし利用者の体調不良等ややむをえない場合、取消料はいただきません。
- 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。

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

- ① サービス提供時にあたっては、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。訪問するホームヘルパーが交替してサービスを提供する場合も、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。
- ② 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、事業所にご遠慮なく相談ください。

(2) サービス提供について

- ① サービスは、「居宅介護計画」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。
- ② 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居宅介護計画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します。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(契約書第3条参照)

「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 利用者若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 利用者若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
- 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 その他利用者若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

当事業所では、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。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、サービス提供日から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）

当事業所では、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。）

9. 苦情申立先

(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。

当施設ご利用相談室	窓口担当者 居宅支援課長 内川 昌延
	ご利用時間 毎 日 午前8:30～午後5:30
	ご利用方法 電 話 0952-71-8055
	面 接 相談室
	苦情箱 施設内に設置

(2) 第三者委員

本事業所では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選出し、地域住民の立場から本事業

所のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は本事業所への苦情やご意見を「第三者委員」に相談することもできます。

＜第三者委員＞

氏名：小野原 祐則 住所：佐賀市金立町大字薬師丸90 電話番号：0952 - 98 - 1892
 氏名：山口 直美 住所：佐賀市久保泉町大字川久保3700 電話番号：090 - 4985 - 6861

(3) 行政機関その他苦情受付機関

佐賀市役所 障がい福祉課	所在地 電話番号	佐賀市栄町1-1 0952-40-7251
神崎市役所 高齢障がい課	所在地 電話番号	神崎市神崎町神崎3542-1 0952-37-0111
吉野ヶ里町役場 福祉課(東脊振庁舎内)	所在地 電話番号	神埼郡吉野ヶ里町三津777 0952-37-0344
多久市役所 福祉課	所在地 電話番号	多久市北多久町大字子侍7-1 0952-75-4823
小城市役所 福祉課	所在地 電話番号	小城市三日月町長神田2312-2 0952-37-6107
佐賀県福祉サービス運営 適正化委員会	所在地 電話番号	佐賀市鬼丸町7-18 0952-23-2151

10. 秘密保持

- ① 業務上知り得た利用者又はその家族等に関する個人情報を正当な理由もなく第三者に提供しません。また、契約が終了した時も同様です。
- ② サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合には利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は、当該家族等の同意をあらかじめ文書により得た上で行います。

11. 事故発生時の対応

- ① 利用者に対して、サービスを提供したことにより損害賠償すべき事故が発生した場合には、県、市、町へ報告し家族、利用者等との話し合いのもと速やかに必要な措置を講じます。
- ② ホームヘルパーがご自宅で調理器具や掃除道具等を使用させて頂く際、老朽化している物品の破損、利用者の故意・過失による補償は、責任を負いかねますのでご了承ください。

12. 緊急時の対応

従業者は、現に指定居宅介護の提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合

その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、管理者に報告を行います。

(緊急時加算の算定要件)

☐ 指定居宅介護サービス計画に位置付けられていないこと

☐ 身体介護中心型であること(「家事援助」のみは対象外)

☐ 利用者又はその家族等から要請を受けて24時間以内にサービス提供を行ったこと

☐ 相談員が当該サービス提供を「緊急」に必要なものと判断していること

緊急時訪問介護は以上の要件を満たしたものに限りです。(100 単位が加算されます)

13. 第三者評価の実施状況について

本事業所の第三者評価の実施状況は以下のとおりです。

実施の有無	あり・ なし
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	

14. 虐待の防止のための措置

事業者は、虐待の発生又は再発を防止するため、次の各号に定める措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を開催し、その結果をホームヘルパーに周知する。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
- (3) 虐待の防止のためのホームヘルパーに対する研修を実施する。
- (4) 前3項に定める措置を適切に実施するための担当者を置く。
(担当者;ホームヘルプサービスチーム桂寿苑 管理者)
- (5) 虐待が発生した場合、速やかに保険者等に通報し、保険者等が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努める。

15. 身体拘束の適正化

事業者は、身体拘束等について、次の各号に定める措置を講じます。

- (1) 利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合(切迫性・非代替性・一時性を満たしている場合)を除き、身体拘束等を行わない。
- (2) 身体拘束を行い場合は、態様、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。
- (3) 身体拘束等の防止・廃止のための対策を検討する委員会を定期的に行い、その結果をホームヘルパーに周知する。

- (4) 身体拘束等の廃止のための指針を整備する。
- (5) 身体拘束等の防止・廃止のためのホームヘルパーに対する研修を実施する。

16. ハラスメントに関する措置

事業者は、利用者や介護現場で働くホームヘルパーの安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向けて取り組みます。

ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を行います。

17. 感染症に関する措置

事業者において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行う。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努める。
- (3) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を開催し、その結果についてホームヘルパーに周知徹底している。
- (4) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備している。
- (5) ホームヘルパーに対し、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の実施する。

18. 業務継続に関する措置

事業者では、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

またホームヘルパーに対し、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の実施します。

業務継続計画は定期的に見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

私は、本書面に基づいて当施設職員（職名_____氏名_____）から

上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

____年____月____日

事業者住所	佐賀市久保泉町大字川久保1986番地1
事業者名	社会福祉法人 凌友会
代表者	理事長 凌 文子

契約者 住所_____

(利用者)

氏名_____ (署名または記名捺印)

(代筆者: _____ 利用者との関係 _____)

代筆理由

☐身体的に不自由な為

☐判断能力が十分ではない為

☐その他(_____)

代理人 住所_____

氏名_____ (署名または記名捺印)

利用者との関係_____