

ほほえみ訪問介護事業所 居宅介護等サービス重要事項説明書

平成 28 年 12 月改定

当サービスをご利用いただくにあたり、事業所は概要等につき次のとおりご説明いたします。

1 事業者の概要

| | |
|---------|------------------|
| 事業者の名称 | 社会福祉法人 桜友会 |
| 事業者の所在地 | 岐阜県関市稲口 8 4 5 番地 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 代表者名 | 理事長 高井昭裕 |
| 電話番号 | 0575-24-9570 |

2 事業所の概要

| | |
|-------------------|--|
| 事業所の種類 | 指定居宅介護事業所・指定重度訪問介護事業所 岐阜県指定第 2110200421 号 |
| 事業所の名称 | ほほえみ訪問介護事業所 |
| 事業所の所在地 | 岐阜県関市稲口 845 番地 |
| 電話番号・FAX 番号 | 0575-24-9570 FAX0575-24-9571 |
| 主たる対象者 | 身体障害者（児）、知的障害者（児）、精神障害者（児） |
| 開設年月日 | 平成 12 年 3 月 28 日 |
| 事業開始年月日 | 平成 23 年 1 月 1 日 |
| 管理者 | 小酒井 千恵子 |
| サービス提供責任者 | 小酒井 千恵子・加藤 浩美 |
| 事業所が行っている 他の業務 | 指定訪問介護・指定介護予防訪問介護 平成 12 年 3 月 28 日 事業所番号 2170200378 |

3 当事業所の目的

障がい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き、事業所は、障がい者及び障がい児が居宅において日常生活が営むことができるように、ご利用者のご家庭に訪問介護員を派遣したり、社会生活上不可欠な外出及び余暇活動等社会参加の為の外出の支援を行い、日常生活を営むのに必要な便宜を供与することにより、障がい者の自立と社会復帰を促進し、もって障がい者の福祉の増進を図ることを目的としています。

4 当事業所の運営方針

- ①ご利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、生活、社会生活上不可欠な外出及び余暇活動等参加の為の外出支援等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行うものとする。

- ②指定居宅介護等の実施に当たっては、利用者の必要な時に必要な指定居宅介護等の提供ができるよう努めるものとする。
- ③居宅介護等の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、利用者の所在する市町村、他の障害福祉サービス事業者、障害者地域生活支援センター等との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

5 事業所の概要

(1) 敷地及び建物（介護予防訪問介護と共用）

| | | |
|----|---------|-------------------|
| 敷地 | 16,911㎡ | |
| 建物 | 構造 | 鉄筋コンクリート 4階建 |
| | 延面積 | 28㎡（訪問介護事業所事務室面積） |

6 職員体制及び勤務体制

当事業所では、ご契約者に対して居宅介護サービス等を提供する職員として以下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。

| 職種 | 人数 | 勤務体制 | 職務の内容 |
|-----------|------|--------|-----------|
| 管理者 | 1 | 常勤 | 管理業務等 |
| サービス提供責任者 | 2 | 常勤・非常勤 | 事務、統括、相談等 |
| 訪問介護員 | 必要人数 | 変則交替勤務 | 介護業務 |

7 当事業所が提供するサービスの内容及び利用料金

(1) 「居宅介護等計画」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等介護計画を定めて、サービスを提供します。「居宅介護等計画」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。「居宅介護等計画」は、利用者や家族に事前に説明し、同意をいただくと共に、写しを利用者に交付します。

また、申し出により、いつでも見直す事ができます。

〈居宅介護等の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 ○排泄介助 ○食事介助 ○衣類の着脱の介助
○通院介助 ○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、掃除等の生活の援助を行います。）

- 調理 ○洗濯 ○掃除 ○買い物 ○その他関係機関への連絡など

※預貯金の引き出しや預け入れは行いません。

※ご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重度訪問介護（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。

④移動（外出）支援〈ガイドヘルプサービス〉（通院や外出の介助を行います。）

（重度の視覚障害がある方、全身性障害がある方及び知的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にしたサービスです。）

官公庁や銀行など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為の外出の支援を行います。

□ 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。

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。

〈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医療行為又は医療補助行為

②ご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ご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

⑤飲酒・喫煙及び飲食

⑥身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為（ご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その他ご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

ん。

(2) ご利用者負担額（契約書第5条参照）

上記のサービスの利用に対して、通常9割が介護給付費の対象となります。事業者が介護給付費を代理受領する場合には、ご利用者は、ご利用者負担分としてサービス料金の1割（定率負担）を事業者にご支払頂きます。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人のヘルパーによりサービスを提供した場合〉

○厚生労働大臣の定める要件（※）で、かつ契約者又はご利用者の同意を得て2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。

※厚生労働大臣が定める条件（複数派遣について）

1. ご利用者の身体的理由により1人のホームヘルパーによる介護が困難と認められた場合。

2. 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。

3. その他ご利用者の状況等から判断して、1又は2に準ずると認められる場合。

〈利用者負担額の上限について〉

- 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。
- ご利用者のご要望により、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申し出下さい。

〈サービス利用料金〉

- サービス利用料金（10割）から介護給付費（9割）の給付額を除いた金額（1割のご利用者負担）をお支払いただきます。
- サービス利用料金は、1カ月毎に計算し、ご請求します。金融機関口座から自動引き落としをさせていただきます。
- それぞれのサービスについて、平常の時間帯（午前8時から午後6時）での料金は別紙居宅介護等料金表の通りです。

| | | |
|------------------------------------|--------|------------|
| 平常の時間（8：00～18：00） | —————▶ | 基本料金 |
| 早朝及び夜間（6：00～8：00又は18：00～22：00）の加算額 | | |
| | —————▶ | 基本料金の25%増額 |
| 深夜（22：00～6：00）の加算額 | —————▶ | 基本料金の50%増額 |

- 初回加算 200円/月
- 緊急時訪問介護加算 100円/回
- 福祉・介護職員処遇改善加算Ⅰ 所定単位数×22.1%
- 特定事業所加算
 - 特定事業所加算（Ⅰ） 所定単位数の20%を加算
 - 特定事業所加算（Ⅱ） 所定単位数の10%を加算
 - 特定事業所加算（Ⅲ） 所定単位数の10%を加算
 - 特定事業所加算（Ⅳ） 所定単位数の5%を加算

〈利用の中止、変更、追加〉 ※契約書第8条参照

- 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ただく場合があります。但しご利用者の体調不良等やむを得ない場合の取消料はいただきません。

| | | |
|---|----------------|--------|
| ① | 前日までに申し出があった場合 | 無 |
| ② | 当日のキャンセル1回につき | 1,000円 |

- 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事もできます。
- 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、他の利用可能日をご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。

〈受給者証の確認〉

- 「住所」及び「居宅利用者負担」「支給量」等「受給者証」の記載内容の変更があった場合は速やかに事業所にお知らせください。また、ヘルパーやサービス提供責任者が「受給者証」の確認をさせて頂く場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

(3) サービス利用に係る実費負担額

- ①通常の事業実施地域を超える交通費—平成17年2月7日合併前の関市を越えた地点から1kmにつき片道50円

*ヘルパーが2名訪問させて頂いた場合は、上記の金額×2の料金とさせていただきます。

- ②ご利用者のお住まいでサービスを提供するために必要となる水道、ガス、電気、電話等の費用は、ご利用者負担となります。

| | |
|-----------|--------------------|
| 通常の事業実施地域 | 平成17年2月7日合併前の関市の区域 |
| 営業日 | 年中無休 |
| 営業時間 | 24時間 |
| その他 | 通常の実施地域外については相談応 |

8 サービス実施の記録について（契約書第7条参照）

(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、ご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。居宅等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) 個人情報の管理、開示について（契約書第9条参照）

本事業所では、関係法令に基づいて、ご利用者の記録や情報を適切に管理し、ご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、ご利用者の負担となります。）

ご利用者様からお預かりした個人情報（住所、氏名、電話番号、生年月日等、特定の個人を識別できる情報）は、プライバシーポリシーに基づき、厳重に監理・運用いたします。

9 虐待防止について

本事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の措置を講ずるよう努めるものとします。

- (1) 虐待防止に関する責任者の選定及び設置
- (2) 成年後見制度の利用支援
- (3) 苦情解決体制の整備

(4) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施

1.0 苦情処理体制

| | | |
|------------------------------|--------|-----------------------------|
| 苦情相談窓口 | 苦情担当者 | サービス提供責任者 小酒井千恵子 加藤浩美 |
| | 問い合わせ先 | ほほえみ福寿の家 TEL 0575-24-9570 |
| 外部苦情処理窓口 | 第三者委員 | 吉田宗弘 TEL 0575-22-4561 |
| | 第三者委員 | 森島洋子 TEL 0575-22-5545 |
| | 公的機関 | 関市高齢福祉課 TEL 0575-23-7748 |
| | | 国民健康保険団体連合 TEL 058-275-9826 |
| 岐阜県運営適正化委員会 TEL 058-278-5136 | | |

1.1 虐待防止に関する相談窓口

| | |
|--------------|---|
| 虐待防止に関する相談窓口 | <ul style="list-style-type: none">・虐待防止に関する責任者 管理者 小酒井千恵子・電話番号 0575-24-9570・FAX 番号 0575-24-9571 |
|--------------|---|

1.2 緊急事態・異常事態対応体制

- (1) 緊急事態・異常事態発生時には別紙緊急連絡体制に従って対応します。
- (2) 現に居宅介護等の提供を行っている時にご利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかにご利用者の主治医へ連絡を行う等の必要な処置を講ずるとともに、管理者に報告するものとします。
- (3) 主治医への連絡などが困難な場合には、医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講ずるものとします。
- (4) 居宅介護等の提供により事故が発生した時は、直ちにご利用者に係る障害福祉サービス事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。

1.3 改定について

この重要事項説明書を改定する場合、軽微な事項及び法改正に伴う事項については通知を持って同意を頂いたものとします。但し、変更事項に同意できない場合は契約を解約できるものとします。

以上

緊急事態・異常事態発生時連絡網を添付

本書面について、本日説明を受けたことを確認します。又、上記に定められた利用料金を遅滞なく支払うことに同意します。

平成 年 月 日

利用者 住 所

氏 名 印

上記代理人 住 所

氏 名 印

ご利用者との関係_____

当事業者は、_____様に対する居宅介護等サービス提供にあたり、上記のとおり重要事項について説明を致しました。

平成 年 月 日

事 業 者 住 所 岐阜県関市稲口845番地
名 称 社会福祉法人 桜友会
ほほえみ訪問介護事業所 ㊞

説明者 _____ ㊞