

**介護予防・日常生活支援総合事業・生活支援サービス
(介護予防訪問サービス)重要事項説明書**

1. 事業者

- (1)法人名 社会福祉法人 春日市社会福祉協議会
(2)法人所在地 福岡県春日市昇町3丁目101番地
(3)電話番号 092-581-7225
(4)代表者氏名 会長 友廣 英司
(5)設立年月 昭和42年4月6日

2. 事業所の概要

- (1)事業所の種類 指定介護予防・生活支援サービス事業所
(平成18年4月1日 指定 福岡県 4073100069号)
(平成26年4月1日 更新指定 福岡県 4073100069号)
(平成30年4月1日 更新指定 福岡県 4073100069号)

(2)事業所の名称 春日市社協ホームヘルプステーション

(3)事業所の所在地 福岡県春日市昇町3丁目101番地

(4)電話番号 092-588-4117

(5)管理者氏名 深川 恵美子

(6)開設年月 昭和46年4月1日

(7)事業者が行っている他の介護保険業務

当事業者では、次の事業もあわせて実施しています。

[訪問介護] 平成11年12月1日指定 福岡県 4073100069号

[介護予防訪問介護] 平成18年4月1日指定 福岡県 4073100069号

[居宅介護支援] 平成12年4月1日指定 福岡県 4073100010号

[介護予防支援] 平成18年4月1日指定 福岡県 4073100010号

3. 事業実施地域及び営業時間

(1)通常の事業の実施地域 春日市全域

(2)営業日及び営業時間 _____

営業日	年中無休
受付時間	月～金 8時30分～17時
サービス提供時間帯	月～日 6時～22時

4. 職員の体制

当事業所では、利用者に対して介護予防訪問サービス及び訪問介護サービス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。

<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	常勤	非常勤
1. 管理者	1	
2. サービス提供責任者	2	1
3. 訪問介護員	2	15
(1)介護福祉士	2	10
(2)訪問介護養成研修 2 級以上(ヘルパー2 級)課程 修了者		5

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

別表の介護報酬表(サービス利用料)によって、利用者負担金分をお支払いいただきます。

当事業所では、利用者のご家庭に訪問し、サービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1)利用料金が介護保険から給付される場合
(2)利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1)介護保険の給付の対象となるサービス(契約書第4条参照)*

以下のサービスについては、利用料金の大部分(9割もしくは8割、7割)が介護保険から給付されます。

<サービスの概要と利用料金>

○身体介護

入浴・排せつ・食事等の介護を行います。

○生活援助

調理・洗濯・掃除・買い物等日常生活上の支援を行います。

※上記のサービスは、例えばご契約者が行う調理を訪問介護員が見守りながら一緒に行うなど、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によって行います。

☆ サービスの実施頻度は、介護予防サービス計画(ケアプラン)において、以下の支給区分が位置づけられ、1週間あたりのサービス提供頻度が示されます。これを踏まえ、第1号訪問事業計画において具体的な実施日、1回あたりの時間数や実施内容等を定めます。

☆ 利用者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日、時間等は、介護予防サービス計画(ケアプラン)がある場合には、それを踏まえた第1号訪問事業計画に定められます。ただし、利用者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

☆ 利用者の状態の変化等により、サービス提供量が、第1号訪問事業計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者と調整の上、支給区分の変更、介護予防サービス計画の変更又は要支援認定等の変更、要介護認定の申請の援助等必要な支援を行います。

① 身体介護

○入浴介助

…入浴の介助又は、入浴が困難な方は体を拭く(清拭)などします。

○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。

○体位変換

…体位の変換を行います。

○通院介助

…通院の介助を行います。

② 生活援助

☆ 介護予防訪問サービスは、自立支援の観点から、利用者ができる限り自ら家事等を行うことができるように支援することを目的としています。

☆ そのため、下記のサービスは、例えば利用者が行う調理を訪問介護員が見守りながら一緒に行うなど、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によって行います。

○調理

…利用者の食事の用意を行います。(ご家族分の調理は行いません。)

○洗濯

…利用者の衣類等の洗濯を行います。(ご家族分の洗濯は行いません。)

○掃除

…利用者の居室の掃除を行います。(ご利用者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除は行いません。)

○買い物

…利用者の日常生活に必要な物品の買い物をします。(預金・貯金の引き出しや預け入れは行いません。)

<サービス利用料金>(契約書第8条参照)

☆ 本サービスの利用料は原則として1回あたりの回数制です。春日市が示す訪問型サービス基本報酬により算定します。

但し、利用計画上の位置づけが、下記の場合は月額制により算定します。

- ・週一回程度の利用者が、5回以上の場合
- ・週二回程度の利用者が、9回以上の場合
- ・週二回程度の利用者が、13回以上の場合

☆ 事業者は、第1号訪問事業計画上で月額制での利用になっている場合、利用者の体調不良や状態の改善等により、1号訪問事業計画に定めた月額算定回数よりも利用が少なかった場合は、回数制で利用料の算定請求をします。

☆ 初回加算は、サービス提供責任者が、初回若しくは初回の訪問介護を行った日の属する月に訪問介護を行った。又は他の訪問介護員等と同行した場合算定します。

☆ 利用者がまだ要支援認定を受けていない、または介護予防・生活支援サービス事業対象者になっていない場合及び居宅介護予防サービス計画が作成されていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。

[要介護支援認定後又は居宅介護予防サービス計画作成後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、介護予防サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。]

☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

☆ 利用者は、第4条に定めるサービスについて、重要事項説明書に定める所定の料金体系に基づいたサービス利用料金から介護保険給付額を差し引いた差額分(自己負担分:通常はサービス利用料金の1割もしくは2割、3割)を事業者を支払うものとします。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス(契約書第5条参照) *

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① 介護保険給付の支給限度額を超える介護予防訪問サービスの利用

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご利用者の負担となります。

(3) 交通費(契約書第8条参照)

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は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。

(4) 利用料金のお支払い方法(契約書第8条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求します。

原則的に、翌月末に指定する金融機関口座からの自動引き落としとしてお願い致します。

(5)利用の中止、変更、追加(契約書第9条参照)

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加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時までに事業者申し出てください。それ以降に利用中止の申し出をされた場合は、取消料として下記の料金をお支払いいただきます。

サービスの実施日の前日17時までに申し出があった場合	無料
サービスの実施日の前日17時までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問介護員の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

6. サービスの利用に関する留意事項

(1)サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。

ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

(2)訪問介護員の交替(契約書第6条参照)

①利用者からの交替の申し出

訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不相当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。ただし、利用者から特定の訪問介護員の指名はできません。

②事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。

訪問介護員を交替する場合は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するものとします。

(3)サービス実施時の留意事項(契約書第7条参照)

①定められた業務以外の禁止

利用者は、定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

②介護予防訪問サービスの実施に関する指示・命令

サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、事業者はサービスの実施にあたって利用者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

③備品等の使用

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。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

(4) 訪問介護員の禁止行為(契約書第13条参照)

訪問介護員は、利用者に対する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。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 医療行為② 利用者もしくはその家族等からの金銭又は高価な物品の授受③ 利用者の家族等に対するサービスの提供④ 飲酒及びご利用者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙⑤ 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⑥ その他利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為 |
|---|

(5) サービス提供責任者

サービス提供責任者は、利用者からのサービス利用の申込みに関する調整や、第1号訪問事業計画の作成などはじめ次のような業務を担当します。利用にあたって疑問点や、ご心配な点、またサービス内容を変更したい時などサービス提供責任者にお気軽にお尋ねください。訪問介護員に直接お話しくださってもかまいません。

<サービス提供責任者の業務>

- ① サービスの利用の申込みに関する調整
- ② 利用者の状態の変化やサービスに関する意向の定期的な把握
- ③ 介護予防支援事業者等との連携(サービス担当者会議への出席など)
- ④ 訪問介護員への援助目標、援助内容に関する指示
- ⑤ 訪問介護員の業務の実施状況の把握
- ⑥ 訪問介護員の業務管理
- ⑦ 訪問介護員の研修、技術指導
- ⑧ その他サービスの内容の管理に関する必要な業務

(6) 契約の解除(契約書第19条参照)

利用者が、事業者からの繰り返しの申し入れにも関わらず訪問介護員に対し「著しい迷惑行為」等をおこなった場合は、サービスの中断や契約の解除をおこなう場合があります。適切なサービスの利用についてご理解とご協力をお願いいたします。

<具体的な迷惑行為>

- ① 大声を発する、怒鳴る
- ② 物を投げつけたり、刃物をちらつかせたり、服を引きちぎる
- ③ たたいたり、蹴ったり、手を払いのける
- ④ 身体を触ったり、抱きしめる
- ⑤ 女性のヌード写真を見せたり、卑猥な態度や言葉を繰り返す
- ⑥ その他、迷惑行為に関する内容

(7) 緊急時又は事故発生時の対応

事業所及びホームヘルパーは、サービスの提供中に利用者の病状が急変、その他緊急事態が生じたとき、又は事故が発生したときは、速やかに主治医や医療機関等に連絡し適切な措置を講ずるとともに、管理者の指示に従い、市、当該利用者の家族等に報告を行います。また、事故の状況や事故に際してとった処置について記録するとともに、事故発生の原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

7. 個人情報の取扱について(契約書第12条参照)

利用者及び家族等の個人情報の取り扱いにつきましては、別紙 社会福祉法人春日市社会福祉協議会個人情報保護規程ホームヘルプサービス事業に関する個人情報取扱業務概要説明書に基づき行っていきます。

8. 苦情の受付について(契約書第 20 条参照)

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口

ホームヘルプステーション管理者 深川 恵美子

(受付時間) 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:00

(電話番号) 092-588-4117

(FAX) 092-588-4118

○苦情解決担当者 地域福祉課長 白水 清

○苦情解決責任者 事務局長 大山 訓治

(2) 行政機関その他苦情受付機関

春日市役所 高齡課	所在地 春日市原町3丁目1番地5 電話番号 092-584-1111 FAX 092-584-3090 受付時間 8:30~17:00(月曜日~金曜日)
国民健康保険団体連合会	所在地 福岡市博多区吉塚本町13番47号 電話番号 092-642-7848 FAX 092-642-7857 受付時間 8:30~17:00(月曜日~金曜日)
福岡県社会福祉協議会	所在地 春日市原町3丁目1番地7 電話番号 092-915-3511 受付時間 9:00~17:00(火曜日~日曜日)

令和 年 月 日

本書面に基づき、当事業所の重要事項について説明を行いました。

春日市社協ホームヘルプステーション

説明者 氏名 _____ 印

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、この一文をもって同意するものとします。

利用者 _____
住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 _____
住所 _____

_____ 氏名 (続柄 _____) 印