

障害福祉サービス利用重要事項説明書

1. 事業者

名 称	社会福祉法人 春日市社会福祉協議会
所在地	福岡県春日市昇町 3 丁目 101 番地
電話番号	092-581-7225
代表者氏名	会長 友 廣 英 司
設立年月	昭和42年4月6日

2. 事業所の概要

事業所の種類	・ 指定居宅介護事業所 (平成 30 年 10 月 1 日指定 福岡県 4061600048 号) ・ 指定移動支援事業 (平成 18 年 10 月 1 日指定 福岡県 4061600047 号)	
事業所の名称	春日市社協ホームヘルパーステーション	
事業所所在地	福岡県春日市昇町 3 丁目 101 番地	
電話番号	092-588-4117	
管理者氏名	深川 恵美子	
開設年月	昭和46年4月1日	
事業所が行なっている他の介護業務	[介護予防訪問介護]	平成 18 年 4 月 1 日指定福岡県 4073100069 号
	[訪問介護]	平成 11 年 12 月 1 日指定福岡県 4073100069 号
	[居宅介護予防支援]	平成 18 年 4 月 1 日指定福岡県 4073100010 号
	[居宅介護支援]	平成 12 年 4 月 1 日指定福岡県 4073100010 号

3. 事業実施地域

春日市全域

4. 営業時間

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

5. 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	常勤	非常勤
1. 管理者	1	
2. サービス提供責任者	2	1
3. 居宅介護従事者(ホームヘルパー)	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

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、指定移動支援、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。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(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「居宅介護計画」、「移動支援介護計画」、>(以下、「居宅介護等計画」という。)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〉

I 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せん。
- ※ 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な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。

II 移動支援介護<ガイドヘルプサービス>(通院や外出の介助を行います。)

(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。

(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。

<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は利用者負担額の上限が定められています。
- 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)

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は、ホームヘルパーが訪問するための交通費をいただきます。(サービス利用料とともに)

1ヶ月ごとにお支払いいただきます。)

- ②「移動支援介護」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、その実費をいただきます。(サービスご利用時にその都度ご負担いただきます。)

<サービス利用料金>

別表の料金表によって、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。

<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4区分の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。

所得区分		負担上減月額
生活保護	生活保護世帯	0円
低所得	市民税非課税世帯	
一般1	市町村民税非課税世帯(市民税所得割 16 万円未満。障害児および 20 歳未満の施設入所者の場合は 28 万円未満) ※グループホーム・ケアホーム居住者、20 歳以上の施設入所者などを除く。	9,300円 【障害児の場合】 4,600円
一般2	市民税課税世帯 (一般1に該当しない人)	37,200円

- 1 負担上限月額の適用における世帯の範囲は、障害者(20歳未満の施設入所者を除く)の場合は、本人と配偶者のみ、障害児および20歳未満の施設入所者の場合は、保護者の属する世帯員全員です。
- 2 療護介護の利用者は、上表とは異なる負担上限月額が適用されます。

(4)利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法(契約書第5条参照)

前記(2)、及び(3)の①の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに、原則的に指定する金融機関口座より自動引き落としの方法でお支払い下さい。(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。)

(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、居宅介護等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 時までには事業者に出してください。

- 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、取消料として下記の料金をお支払いいただきます。

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	利用者負担相当額

- 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1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提供を行なう場合もあります。その際には、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、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、「居宅介護等計画」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。
- ☆ 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。(ホームヘルパーが事業所に連絡する場合の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居宅介護等計画に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)受給者証等の確認(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
- 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)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に急変、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取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)虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は、利用者に対する虐待の防止のため、ホームヘルパー等に対する研修の実施や、その他の虐待防止の措置を講じます。

- 受付窓口 ホームヘルプサービス管理者 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
 ○相談解決担当者 地域福祉課長 白水 清
 ○相談解決責任者 事務局長 大山 訓治

8. 契約の解除(契約書第13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」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

9. 苦情等の受付について(契約書第 14 条参照)

(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担当者と受け付けます。

○受付窓口 ホームヘルプサービス管理者 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

○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 福祉支援課	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)
福岡県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	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)

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。

令和 年 月 日

居宅介護等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行いました。

春日市社協ホームヘルパーステーション

説明者 氏名 _____ 印

私は、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 _____

(続柄)

氏名 _____ 印