

【訪問介護サービス事業重要事項説明書】

(下呂ヘルパーステーション)

1. 事業者の概要

| | |
|-------|-------------------------|
| 名 称 | 社会福祉法人 下呂市社会福祉協議会 |
| 所在地 | 岐阜県下呂市萩原町萩原 8 7 5 番地 2 |
| 電話番号 | 0 5 7 6 - 5 2 - 4 8 8 4 |
| 代表者 | 会長 大谷 克己 |
| 設立年月日 | 平成 1 6 年 4 月 1 日 |

2. 事業所の概要

| | |
|--------------|-----------------------------------|
| 事業所名 | 下呂ホームヘルパーステーション |
| 所在地 | 岐阜県下呂市森 8 8 3 番地 1 |
| 提供サービス・事業所番号 | 訪問介護・岐阜県指定第 2 1 7 2 8 0 0 4 5 6 号 |
| 管理者・電話番号 | 曾我 基子・Tel 0 5 7 6 - 2 3 - 3 0 2 2 |
| 開設年月日 | 平成 1 6 年 4 月 1 日 |

3. 事業の内容

| | |
|----------|--------------------------------------------------------------|
| 実施地域 | 下呂市内 下呂地域 |
| 営業日 | 日曜日～土曜日 但し、12月29日～1月3日までを除く ※ 天災及び事業所のやむを得ない事由により休業する場合あり |
| 受付時間 | 月曜日～金曜日 午前 8 : 1 5 ~ 午後 5 : 1 5 |
| サービス提供時間 | 午前 8 : 1 5 ~ 午後 5 : 1 5 但し、営業日・サービス提供時間外でも別途対応可能 |

4. 事業の目的

事業者は、適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、訪問介護員研修の修了者等の資格従事者が、利用者に対し、適正なホームヘルプサービスを提供します。

5. 運営の方針

事業の実施に当たっては、心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行うことにより、利用者の生活機能の悪化を予防し、心身機能の維持回復を図るものとする。

また、関係市町村、その他の保健・医療・福祉サービス事業者等と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

6. 職員の体制と業務内容

当事業所では、サービス提供に必要な職種の職員を、指定基準を遵守し配置しています。(別紙資料参照)

- (1) 管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うものとし、その業務に支障のない限りにおいて他の業務と兼務することができます。
- (2) サービス提供責任者は、事業所に対する指定訪問介護の利用申し込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、訪問介護計画の作成等を行うとともに、自らも指定訪問介護の提供に当たります。
- (3) 訪問介護員は、指定訪問介護の提供に当たります。

7. サービスの内容

当事業所では、利用者の心身の状況を踏まえて、居宅サービス計画(ケアプラン)に基づいて、下記のサービス内容から必要なサービスを提供します。

①身体介護

入浴介助、排泄介助、食事介助、通院介助、その他必要な介助を行います

②生活援助

調理、洗濯、掃除、買い物、その他必要な家事を行います。

③通院等乗降介助

通院等における福祉車両への乗車又は降車の介助を行うとともに、乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助を行います。

8. サービスの利用料金

サービスを利用した場合の利用料金のうち、お支払いいただく利用者負担額は、利用料金の1割から3割の額です。(介護保険負担割合証参照)ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。(別紙資料参照)

また、事業者が法定代理受領を行わない場合は、サービス利用料の全額を一旦お支払いいただき、認定を受けた後、利用者負担額を除く金額が介護保険の保険者(お住まいの市町村)から払い戻されます。(償還払い)

9. 介護保険の給付対象とならない実費負担額

実費負担を必要となった場合は、原則としてその2ヶ月前までにご説明します。

10. 利用者の負担額及び支払方法

前記8及び9の料金・費用は、1ヶ月毎に計算しご請求しますので、翌月末までに以下のいずれかの方法でお支払いください。(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料は、利用状況に基づいて計算した金額とします。)

ア. 指定金融機関口座からの自動引き落とし イ. 現金による支払い

11. 利用の中止、変更、追加

①利用予定日の前に、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午後5時までに事業所に申し出てください。

②サービスの追加、内容の変更を希望する場合には、速やかに担当のケアプランの担当者にご相談ください。

③希望されるサービスの変更・追加に対して、当日の利用状況等により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またはケアプランの担当者に提示して必要な調整をいたします。

④その他

事業所職員に対して以下のような行為があり、ハラスメントに該当するとみなされる場合は、サービスの提供を中止させていただきます。

ア. 身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)

・物を投げつける ・蹴られる、たたかれる ・服を引きちぎられる

イ. 精神的暴力(個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたりする行為)

・怒鳴る、奇声、大声を発する ・特定の職員に嫌がらせをする

・理不尽な要求をする ・謝罪時に正座するよう強く求める

ウ. セクシャルハラスメント(意に添わない性的誘いかけ、性的ないやがらせ行為)

・事業所職員の体を触る、抱きしめる ・ヌード写真を見せる

・あからさまに性的な話をする ・卑劣な言動を繰り返す

12. キャンセル料金

急なサービスの利用中止の申し出があった場合は、下記の料金をいただきます。サービスの利用を中止する場合は、サービス利用日の前日までにご連絡ください。

| | |
|-------------------------------|--------|
| サービス利用日の前日の午後5時までにご連絡をいただいた場合 | 無し |
| サービス利用日当日またはご連絡をいただかなかった場合 | 500円/回 |

※ただし、利用者の病変・急な入院など、緊急やむを得ない事情がある場合はキャンセル料金をいただきません。

※キャンセル料金は、前記8の料金と合わせてお支払いください。

1 3. サービスの利用に関する留意事項

①サービス内容の変更

サービス利用当日に、ご利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、ご利用者の同意を得て、サービス内容の変更を行います。その場合、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。

②介護保険証の確認

住所及び要介護度、認定有効期間など、介護保険証の記載内容に変更があった場合は、できるだけ速やかに事業所にお知らせください。また、事業所より「介護保険証」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。

③サービス提供について

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に電話を使用させていただく場合があります。）

④ホームヘルパーの禁止行為

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none">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。 ※ 利用者以外の方の調理や洗濯、居室や庭等の敷地の掃除は原則として行いません。5) 直接、利用者本人の日常生活の援助に属しないと判断される行為。6) 飲酒・喫煙及び飲食。7) 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きます）8) 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 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

⑤ご利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項の伝達等を目的とした会議の開催については、紙面及びメール・テレビ電話等 I C T を活用する場合があります。（利用者の居宅を訪問しての実施が求められている会議を除く）

1 4. サービス実施の記録について

①サービス実施記録

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ます。なお、記録は整備した日から5年2ヵ月間保存します。

②ご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。（複写料の諸費用はご利用者負担となります。）

1 5. 損害賠償保険への加入

本事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

保 険 名：介護保険・社会福祉事業者総合保険

補償の概要：対人・対物、見舞費用など（詳細は事業所までお問合せください）

1 6. 緊急時及び事故発生時等における対応

①利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに利用者の主治医への連絡を行う等の必要な措置を講ずるとともに、管理者に報告します。

②主治医への連絡等が困難な場合には、他の医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

③事故が発生したときは、直ちに利用者に係るサービス事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

④事業者が賠償すべき事故が発生したときは、速やかに損害を賠償します。

17. 虐待防止のための措置について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ①虐待防止に関する担当者を選定しています。
- ②虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ③虐待防止のための指針の整備をしています。
- ④従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ⑤サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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。

18. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- ① 切迫性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- ② 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- ③ 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

19. 苦情の受付について

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「苦情・相談窓口」で受け付けます。

（別紙資料2参照）

20. 個人情報について

- ①事業者及びその従業員は、正当な理由がない限り、利用者に対するサービス提供にあたって知り得た利用者並びに家族の個人情報を他に漏らしません。
- ②利用者及び家族の個人情報をサービス担当者会議において用いることがあります。
- ③事業者は、その従業員が退職後も在職中に知り得た利用者並びに家族の個人情報を他に漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

令和 年 月 日

指定訪問介護（ホームヘルプサービス）の提供開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

所 属 下呂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、指定訪問介護（ホームヘルプサービス）の提供開始に同意しました。

住 所 下呂市_____

利 用 者 氏 名 _____ 印

ご 家 族 氏 名 _____ 印 （続柄：_____）

※この重要事項説明書は、厚生労働省令第37号（平成11年3月31日）「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。