

重要事項説明書（居宅介護等サービス）

1. 事業者概要

| | |
|-------|--------------------|
| 名 称 | 社会福祉法人 東松山市社会福祉協議会 |
| 所在地 | 東松山市松本町1丁目7番8号 |
| 電話番号 | 0493-23-1251 |
| 代表者氏名 | 会長 金子 守 |
| 設立年月 | 昭和49年3月 |

2. 事業所概要

| | |
|-----------|---------------------------------|
| 事業所の名称 | 総合福祉エリアヘルパーステーション |
| 事業所の種類 | 居宅介護、重度訪問介護、重度障害者等包括支援行動援護、同行援護 |
| 事業所の所在地 | 東松山市大字松山2183番地 |
| 事業所番号 | 1113300121 |
| 管理者氏名 | 総合福祉エリア 在宅福祉課 篠田 真一 |
| 電話番号 | 0493-21-5571 |
| 通常の事業実施地域 | 東松山市 |
| 開設年月 | 16年3月 |
| 協力施設 | 東松山市総合福祉エリア |

3. 基本理念と基本方針

○基本理念

私たちは、障害のある人や高齢となった人の地域での暮らしを支える複合施設として、利用者一人ひとりの気持ちを尊重した質の高いサービスを提供します。

○基本方針

1. 利用者本位の柔軟で使いやすいサービスを提供します。
2. 利用者の安心と満足を第一に考え、安全で快適な施設環境を整えます。
3. 職員一人ひとりが誠実かつ責任ある態度で行動します。
4. 利用者の地域での暮らしを支える、在宅支援型の施設運営を目指します。
5. 関係機関と協調し、地域福祉の推進に努めます。

4. 職員体制および勤務体制

①管理者 1人（常勤）

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する。

②サービス提供責任者 1人以上（常勤）

サービス提供責任者は、居宅介護等の利用申込みに係る調整、居宅介護等計画の作成及び従業者に対する技術指導等サービスの内容管理を行うものとする。

③従業者 3人以上（常勤換算）

従業者は、個別支援計画に基づき居宅介護等の提供にあたる。うち、行動援護に従事する従業者は、1以上とする。

④事務職員 1人以上（非常勤）

事務職員は、必要な事務を行う。

※職員の配置は、指定基準を遵守しています。

⑤職員の勤務体制

毎月1日を起算日とする1ヶ月単位の変形労働時間制を採用し、週の勤務時間は1ヶ月を平均して40時間とする。

5. 従業者の交替

（1）利用者からの交替の申し出

選任された従業者の交替を希望される場合には、当該従業者が業務上不適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、事業者に対して従業者の交替を申し出ることができます。ただし、利用者から特定の従業者の指名はできません。

（2）事業者からの交替

選任された従業者を交替することがあります。従業者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の不利益が生じないよう十分に配慮します。

6. 従業者の禁止行為

従業者は、サービス提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

①医療行為

②利用者もしくは利用者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飲酒及び喫煙

⑤利用者もしくは利用者の家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

⑥その他利用者又は家族等に行う迷惑行為

7. 営業時間

| | |
|---------|----------|
| 営 業 日 | 年間を通じて毎日 |
| 営 業 時 間 | 24時間 |

8. サービス内容

(1) 個別支援計画の作成

当事業所では、あなたの心身の状況やご希望、環境を踏まえて、適切なサービス内容を記載した計画を作成します。

(2) 各サービスの内容

I 居宅介護

身体介護（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—入浴の介助、洗髪、清拭（体を拭く）などを行います。

排泄介助—排泄の介助、おむつ交換を行います。

食事介助

衣服の着脱の介助

通院介助

その他必要な身体介護を行います。

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
- ・ 洗濯
- ・ 掃除
- ・ 買い物

その他関係機関への連絡など必要な家事を行います。

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、生活上の相談や助言を行います。

II 重度訪問介護

重度の肢体不自由者であって、常時介護を必要とする方に、自宅で入浴、排泄、食事の介護、外出時における移動支援（※）などを総合的に行います。

※ 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。

III 重度障害者等包括支援

常時介護を有する障害者で、その介護の必要の程度が著しく高い方に、居宅介護等複数のサービスを包括的に行います。

IV 行動援護

知的障害又は精神障害により、行動上著しい困難を有する障害者や障害児であって常時介護を必要とする方を対象としたサービスです。

行動する際に生じうる危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護等を行います。

V 同行援護

視覚障害により、移動に著しい困難を有する障害者等につき、外出時において当該障害者等に同行し、移動に必要な情報や移動の援護等を行うサービスです。

9. 利用料金

(1) 介護給付費対象サービス

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利用料の1割を事業者にお支払いいただきます。(定率負担)

また、利用者負担の軽減措置が適用される場合には、軽減措置後の金額となります。

各サービスの料金については、『利用者負担説明書』の記載のとおりです。

<2人のサービス従業者により訪問を行った場合>

1人の従業者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人の従業者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について>

介護給付費対象サービスで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。

当事業所において利用者負担の上限管理を担当し、具体的に上限を超える際の調整を行った場合には、別途上限管理にかかる費用をお支払いいただきます。料金については、『利用者負担説明書』に記載のとおりです。

<償還払い>

事業者が介護給付費の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。)

(2) 介護給付費対象外サービスにかかる実費負担

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。料金については、『利用者負担説明書』に記載のとおりです。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、サービス従業者が訪問するための交通費を実費でお支払いいただきます。(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。)

外出時や通院介助においてサービス従業者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。

(サービス利用時に、その都度ご負担いただきます。)

(3) 利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法

前記(1)及び(2)の料金・費用については、1ヶ月ごとに計算し、それぞれ以下の通り請求、お支払いいただきます。

○ 利用者負担額(前記(1))

・請求 …翌月20日前後 ・支払い…請求のあった日から15日以内

○ 実費負担額(前記(2)のなかで1ヶ月ごとに支払うサービスの場合)

・請求 …翌月20日前後 ・支払い…請求のあった日から15日以内

○ 支払い方法

ア 窓口払い

総合福祉エリアの窓口において、請求のあった日から15日以内に支払うものとします。

イ 口座振替

利用者が指定する金融機関から翌月26日に口座振替を行うものとします。ただし、口座振替日が土曜日及び日曜日及び又は国民の祝日に規定する休日の場合は、その翌営業日に行うものとします。

(4) 利用の中止、変更、追加

① 利用予定日の前に、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。この場合には前日までに事業者申し出てください。

事業者は、利用者に対して、正当な理由並びに事前申し出もなくサービス利用を中止された場合は、利用者負担相当額を請求できるものとします。

| | |
|-----------------------|----------|
| 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 |

② 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。

③ サービス利用の変更・追加は、その日の利用状況により利用者が希望する日及び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。

(5) 実費負担額の変更

実費負担額を変更する場合は、原則としてその2ヶ月前までにご説明します。

10. 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、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、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、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。

(2) 受給者証の確認

「住所」及び「利用者負担額」、「支給量」「障害支援区分」など「受給者証」の記載内容の変更があった場合はできるだけ速やかに当事業所従業者にお知らせください。また、当事業所従業者より「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。

(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。従業者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。）

1 1. 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、利用者にご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、個別支援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) 利用者の記録や情報の管理、開示について

当事業所では、関係法令及び当法人の定める個人情報保護規程に基づいて、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。）

1 2. 相談・苦情受付窓口

当事業所での福祉サービスに対する苦情、質問などがある方は、苦情受付担当者にご連絡ください。苦情解決責任者が責任を持って対応いたします。

| | | |
|---------|----------------|---|
| 苦情受付担当者 | 澤井 太二郎 | 電話：0493-23-1251（市民福祉センター） 電話：0493-21-5556（総合福祉エリア） |
| 苦情解決責任者 | 奥村 一彦 | 電話：0493-23-1251（市民福祉センター） 電話：0493-21-5556（総合福祉エリア） |
| 第三者委員会 | 吉澤 静子 古澤 勝正 | 電話：0493-23-6396 電話：0493-39-1045 |

上記の仕組みの他、行政機関等への相談もできます。

| | |
|--------------------------|--|
| 東松山市障害者福祉課 | 所在地 東松山市松葉町1丁目1番58号 電話番号 0493-21-1452 受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:15 |
| 東松山市外の方 | 所在地 電話番号 受付時間 |
| 埼玉県社会福祉協議会 (運営適正化委員会) | 所在地 さいたま市浦和区針ヶ谷4丁目2番地65号 電話番号 048-822-1243 受付時間 月曜日～金曜日 9:00～16:00 |

1.3. 虐待防止に関する事項

当事業所では、虐待の発生又はその再発を防止するため、下記の対策を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者等に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的を実施します。
- (4) 成年後見制度の利用を支援します。
- (5) 苦情解決体制を整備します。
- (6) 虐待防止に関する責任者を置きます。
- (7) 当事業所では、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者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。

1 4. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、主治医、緊急連絡先もしくは救急隊等必要機関へ連絡をいたします。

指定する救急病院は、_____（入院の場合）です。

通院の場合 主治医 _____

病院名 _____

住所 _____

電話番号 _____

この場合、予め甲の指定する下記緊急連絡先に対し直ちに連絡します。

連絡先

氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

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。

事業者 所在地 東松山市松本町1丁目7番8号
名称 社会福祉法人東松山市社会福祉協議会
代表者 会長 金子 守 印

説明者 所在地 東松山市大字松山2183番地
名称 総合福祉エリアヘルパーステーション

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、居宅介護等サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印