

障害福祉サービス重要事項説明書（居宅介護等）

1 事業所の概要

- | | |
|---------------|--|
| (1) 事業所の名称 | 伊豆の国市社協障害福祉サービス事業所 |
| (2) 事業所の所在地 | 静岡県伊豆の国市四日町 302 番地の 1
伊豆の国市韮山福祉センター内 |
| (3) 電話番号 | 055-949-7007（直通）
055-949-5818（代表） |
| (4) 法人の名称 | 社会福祉法人伊豆の国市社会福祉協議会 |
| (5) 代表者名 | 会長 河野 真人 |
| (6) 事業所番号 | 2210800013 |
| (7) 指定年月日 | 平成 18 年 10 月 1 日（静岡県知事指定） |
| (8) サービスの種類 | 居宅介護、重度訪問介護 |
| (9) 事業の実施地域 | 伊豆の国市内 |
| (10) 営業日 | 月曜日から土曜日 |
| (11) サービス提供時間 | 午前 7 時から午後 9 時 |
| (12) 休業日 | 日曜日、12 月 29 日から 1 月 3 日、ただし、事業所が指定した日を除く |
| (13) 第三者評価事業 | 実施なし |

2 職員の概要及び体制

社協は、管理者及びサービス提供責任者を位置付けています。

社協は、介護福祉士、介護職員初任者研修修了者等を、居宅介護等従事者（以下、「ホームヘルパー」といいます。）として派遣します。

なお、員数は別紙参照。

3 居宅介護等の内容

社協は、次のサービス内容から伊豆の国市が決定した居宅介護等の「支給量」と契約者の意向や心身の状況を踏まえて「居宅介護計画」を定め、サービスを提供します。

(1) 身体介護

- | | | | | |
|---------|------------------|--------|---------------|---------|
| 1 起床介助 | 2 就寝介助 | 3 移乗移動 | 4 体位変換 | 5 更衣介助 |
| 6 排泄介助 | 7 食事介助 | 8 入浴介助 | 9 身体清拭 | 10 身体整容 |
| 11 外出介助 | 12 通院介助(身体介護を伴う) | | 13 その他必要な身体介護 | |

(2) 家事援助

- | | | | | |
|--------------|------|------|--------|-------------------|
| 1 調理 | 2 清掃 | 3 洗濯 | 4 買物代行 | 5 通院介助(身体介護を伴わない) |
| 6 その他必要な生活援助 | | | | |

※ 庭の草むしりなど普段の暮らしに差し支えないものや、大掃除など通常行わないような家事は、対象にはなりません。

(3) 重度訪問介護

1 身体介護、家事援助及び見守り等の支援

※ 日常生活全般に常時の支援を要する脳性まひ等全身性障害者に対するの生活支援です。

(4) その他

1 介護等の相談 2 介護等の助言 3 介護支援専門員等との連携

(5) 禁止行為

サービスの提供にあたって、次に該当することは行えません。

- ① 契約者の家族等に対するサービス提供
- ② 契約者が不在時のサービス提供
- ③ 契約者が入院中のサービス提供
- ④ 契約者がデイサービス、ショートステイ利用時間中のサービス提供
- ⑤ 契約者又はその家族からの物品等の授受
- ⑥ 医療行為

4 利用料金

(1) 利用料

- ① サービスにかかる利用料金に対しては、介護給付費の支給対象となります。原則としてサービス費の1割が自己負担となり、介護給付費から自己負担分を差し引いた額を社協が代理受領します。その際の介護給付費の額は、契約者に通知します。

障害福祉サービス契約者及びその扶養義務者の負担額は、伊豆の国市が上限を定めています。そのため、これらのサービスの利用状況により、社協への月々の負担額は変わることがあります。

- ② 支給費額を社協が代理受領を行わない場合は、法令で定めるサービス費の全額をお支払いいただきます。この場合、契約者に「サービス提供証明書」を発行します。

契約者は、社協の発行した領収書及びサービス提供証明書を添付して、伊豆の国市の窓口申請すると介護給付費が支給されます。

- ③ 介護給付費支給上限額を超えたサービス利用は、できません。

(2) 交通費

- ① 伊豆の国市内 無料
- ② 通常のサービス提供の実施地域を超える地域に訪問し、又は出張する必要がある場合には、通常の事業の実施地域を超えた地点から交通費相当額をいただきます。

(3) その他の料金

- ① 契約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、契約者に負担していただきます。

(4) 支払い方法

料金の支払いは、1ヶ月ごとに計算し、翌月15日までに請求しますので翌月末日までにお支払いください。

支払い方法は、基本的に自動口座引き落としとし、その際の手数料は、社協で負担します。

5 サービスの利用方法

(1) 利用開始

① 当事業者に電話でお申し込みください。当事業者の担当職員が契約者のお宅に伺い、当事業者が提供するサービスの内容等についてご説明します。

② この説明書により契約者からの同意を得た後、当事業者のサービス提供責任者が居宅介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

① 契約者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の7日前までに文書で申し出て下さい。

② 当事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の14日前までに、文書により契約者に通知します。

③ 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・ 契約者が施設に入所した場合。
- ・ 契約者の介護給付費の不支給決定を受けた場合
- ・ 契約者が死亡した場合

④ その他

- ・ 事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、契約者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業者が破産した場合、契約者は文書で通知する事により直ちにこの契約を終了する事ができます。
- ・ 契約者がサービスの利用料金を3ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払わない時、契約者が当事業者に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で契約者に通知する事により、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。

6 居宅介護等の提供に関する留意事項

(1) 担当ホームヘルパー

サービスを提供するホームヘルパーは、複数のホームヘルパーが交替して訪問します。

(2) ホームヘルパーの交替

① 契約者からの交替

契約者はいつでも担当のホームヘルパーの変更を申し出ることができます。
(これを拒む正当な理由がない限り、事業者は変更の申し出に応じます。)

ただし、特定のホームヘルパーの指名はできません。

② 社協からの交替

都合によりホームヘルパーを交替することがあります。

(3) 訪問時間の変更

訪問時間は予定されていますが、他の訪問先の事情等により、訪問時間が遅れる等変更があります。

(4) 居宅介護等のキャンセル

急なキャンセルの場合は下記の料金をいただきます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡下さい。

① 居宅介護等提供日の前日(17時15分)までにご連絡いただいた場合 無料

② 居宅介護等提供日当日にキャンセルした場合 1,000円

7 秘密の保持

サービスを提供する上で知り得た契約者又はその家族の秘密を保持します。また、サービス担当者会議等において契約者及びその家族の個人情報を用いる場合は、予め文書により契約者及びその家族の同意を得ます。

8 感染症の予防及びまん延防止のための対策

事業所内の衛生管理、介護ケアにかかる感染対策を行い、感染症の予防に努めます。感染症の発生、その再発を防止するために感染症対策委員会を設置し、その結果について従業者へ周知します。ほか、指針の整備、研修および訓練を実施します。

9 業務継続に向けた取組

事業所は、感染症や非常災害の発生時において緊急の事態に備え、業務継続計画(BCP)を作成し研修及び訓練を行います。また、常に関係機関と連絡を密にし、非常災害時には、必要な措置を講じます。

10 虐待防止に関する対策

人権の擁護・虐待の発生、その再発を防止するために虐待防止委員会を設置し、その結果について従業者へ周知します。ほか、指針の整備、研修を実施します。

11 身体拘束の適正化

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束せざる得ない場合は事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その対応及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。ほか、身体拘束適正化検討委員会の設置、指針の整備、研修を実施します。

12 ハラスメント対策

事業所は、男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策の責務を果たし、従業員へのハラスメントに該当する行為には必要な措置を講じます。

13 事故発生時の対応方法（契約者の家族及び関係機関への連絡）

契約者に対する居宅介護等の提供により事故が発生した場合には、市、契約者の家族、契約者に係る障害福祉サービス事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

14 損害賠償

社協は、居宅介護等の提供にともなって、社協の責めに帰すべき事由により契約者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、契約者に対してその損害を賠償します。ただし、経年劣化や損耗等による汚損や破損等については賠償できません。ご理解をお願いします。

15 緊急時の対応方法

サービス提供中に契約者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、家族が不在の場合等、必要に応じて緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

主治医	氏名	
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	
	連絡先	

16 契約者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）及び担当者の設置

相談、苦情に対する常設窓口として相談担当者を設置する。また、担当者が不在の時は、基本的な事項について誰でも対応できるようにするとともに、担当者に必ず引き継ぎ、苦情に対する早期の改善、是正措置を講ずるように配慮する。

円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制及び手順（苦情解決に関する要綱より）は次のとおりとする。

(1) 苦情解決に向けた報告

- ① 苦情受付担当者は、受け付けた苦情を苦情解決責任者及び第三者委員に報告する。ただし、苦情申出人が第三者委員への報告を希望しない場合はこの限りではない。
- ② 投書等匿名による苦情があった場合にも、第三者委員に報告し必要な対応を行う。
- ③ 苦情受付担当者から苦情申出の報告を受けた第三者委員は、苦情内容を確認し、別に定める「苦情受付報告書」によって、苦情申出人に対して報告を受けた旨を通知する。通知は原則として苦情申出のあった日から 10 日以内に行わ

なければならない。

(2) 苦情解決に向けた話し合い

- ① 苦情解決責任者は、苦情申出の内容を解決するため、苦情申出人との話し合いを実施する。ただし、苦情申出人が同意する場合には、解決策の提示をもって話し合いに代える。
- ② 前述による話し合い又は解決策の提示は、原則として苦情申出のあった 14 日以内に行う。
- ③ 苦情申出人又は苦情解決責任者は、必要に応じて第三者委員に助言を求めることができる。
- ④ 第三者委員は、話し合いへの立ち会いにあたっては、苦情内容を確認の上、必要に応じて解決策の調整と助言を行う。
- ⑤ 苦情受付担当者は、話し合いの結果や改善を約束した事項を別に定める「話し合い結果報告書」に記録し、話し合いの当事者間及び立ち会った第三者委員に確認する。

(3) 苦情解決に向けた記録・結果報告

- ① 苦情受付担当者は、苦情受付から解決、改善までの経緯と結果について書面により記録する。
- ② 苦情解決責任者は、苦情申出人に改善を約束した事項について、苦情申出人及び第三者委員に対して別に定める「改善結果報告書」により報告する。報告は、原則として話し合いを終了した日から 30 日以内に行う。
- ③ 苦情解決責任者は、苦情申出人が満足する解決を図れなかった場合には、福祉サービス運営適正化委員会の窓口を紹介する。

(4) その他参考事項

- ① 日頃より、利用者から苦情が出ないようなサービス提供を心がける。
- ② 朝礼等の際、サービス提供の心構えを確認する。
- ③ 居宅介護等従事者に対する研修を定期的実施する。

(5) 社協相談・苦情窓口

受付担当者	管理者
電話番号	055-949-7007
受付時間	月～金曜日 午前8時30分～午後5時15分（祝祭日は除く）

なお、社協では苦情対応について第三者委員を設置し、苦情解決に定める独自の取り組みを行っています。

第三者委員 制 度	(1) 第三者委員に直接苦情を申し出ることができます。 (2) 第三者委員が苦情内容を確認することができます。 (3) 苦情解決の話し合いの際、第三者委員の助言や立ち会いを求めることができます。
--------------	---

(6) 伊豆の国市の相談・苦情窓口

担当部署	伊豆の国市役所 障がい福祉課
------	----------------

電話番号	0558-76-8007
受付時間	月～金曜日 午前8時30分～午後5時15分（祝祭日は除く）

(7) 県の相談・苦情窓口

担当部署	静岡県福祉サービス運営適正化委員会
電話番号	054-653-0840

(8) 静岡県国民健康保険団体連合会の相談・窓口

担当部署	介護保険課苦情窓口
電話番号	054-253-5590
受付時間	月～金曜日 午前9時00分～午後5時00分

令和 年 月 日

居宅介護等の提供開始にあたり、契約者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

（所在地）事業所

静岡県伊豆の国市四日町 302 番地の 1 伊豆の国市葦山福祉センター内

（名称）社会福祉法人伊豆の国市社会福祉協議会

（代表者名）会長 河野真人 印

（説明者）居宅介護等従事者 印

私は、契約書及び本書面により、社協から居宅介護等についての説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

契約者

（住所）静岡県伊豆の国市

（氏名） 印

代理人等

（住所）

（氏名） 印