

指定訪問介護（予防）利用

介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問介護（介護予防訪問介護相当サービス）

重要事項説明書

あなたに対する指定訪問介護事業利用サービス提供開始にあたり、指定訪問介護事業運営規定に基づいて当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業所

事業所の名称	社会福祉法人 こもればい会 けやき荘ホームヘルプサービス
事業所の所在地	佐賀市川副町大字福富828-1
法人の種別	社会福祉法人
代表者氏名	松永 啓介
電話番号	0952-45-5193
FAX番号	0952-45-2942

2. ご利用施設で併せて実施する事業

事業の種類		佐賀県知事の事業指定		利用定員
		指定年月日	指定番号	
施設	特別養護老人ホーム	平成12年4月1日	4171000054	50人
居宅	訪問介護	平成11年10月22日	4171000054	45人
	第1号訪問事業	平成29年4月1日		
	通所介護	平成11年10月22日	4171000054	40人
	短期入所生活介護	平成11年10月22日	4171000054	20人
	小規模多機能型居宅介護	平成20年12月1日	4191000019	25人
	認知症対応型共同生活介護	平成21年6月1日	4191000019	9人
居宅介護支援事業		平成11年8月13日	4171000054	人

3. (1) 事業の目的及び運営方針

- 1 要介護状態等となった場合においても、利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたるサービスを提供します。
- 2 利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスを提供します。
- 3 地域との結び付きを重視し、市町村等保険者、居宅介護支援事業者、その他保険医療サービスを提供する者との連携に努めます。

(2) 職員の職種、人数及び職務内容

職員の職務	員数	区分				常勤換算をした場合の 人員数	職務内容
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
施設長	1		1				
サービス提供責任者	2	2					
訪問介護員	3			3			

(3) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
営業時間	8:00～18:00

(4) サービスの提供方法及び内容

介護サービス提供計画に基づいて行います。

介護サービスの提供	指定訪問介護（予防）サービスの提供に際しては、あらかじめ、介護支援専門員が作成した居宅サービス計画書に沿ってサービスを提供します。
サービスの内容	<p>あなたの居宅を訪問し、介護サービス計画に沿っての次のサービスを提供します。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 身体の介護に関すること。 入浴介助、排泄介助、食事介助、身体の清拭、洗髪、衣類の着脱の介助、通院等の介助、その他必要な身体介護。 2. 家事に関すること。 調理、衣類の洗濯・補修、居住等の掃除、整理整頓、生活必需品の買物、その他必要な家事。 3. 相談、助言に関すること。 生活、身上、介護に関する相談・助言、住宅改良に関する相談・助言、その他必要な相談・助言。 4. 緊急時の相談や訪問に関すること。 利用者・家族からの要請を受け、ケアマネージャーとの調整を行った上での上記に関する、訪問。
問い合わせ又は利用申し込み方法	指定訪問介護(予防)の提供に関する問い合わせ又は利用申込は、電話、文書及び事業所への来所により受け付けます。

(5) 利用料及びその他の費用

1) 法定給付

区分	利用料
法定代理受領の場合	<p>介護報酬告示上の額 (居宅介護サービス費の1割～3割) *負担割合に関しては厚生労働省が定める基準に準じる。</p>

法定代理受領できない場合	介護報酬告示上の額 (居宅介護サービス費に同じ)
--------------	-----------------------------

2) 利用料

要介護1～5 (1回あたりの利用料金) (1割負担の場合)

1割負担の場合

(特定事所加算Ⅱを含む金額)

身体介護	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上1時間30分未満
自己負担	179円	268円	426円	624円
生活援助		20分以上 45分未満	45分以上	
自己負担		197円	242円	

2割負担の場合

身体介護	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上1時間30分未満
自己負担	358円	536円	852円	1,248円
生活援助		20分以上 45分未満	45分以上	
自己負担		394円	484円	

3割負担の場合

身体介護	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間半以上1時間30分未満
自己負担	537円	804円	1,278円	1,872円
生活援助		20分以上 45分未満	45分以上	
自己負担		591円	726円	

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問介護

(介護予防訪問介護相当サービス)の利用料

要支援1・2 (1ヶ月の利用料金)

1割負担の場合

支給区分	1週間あたりのサービス提供回数	利用料金	自己負担
I	おおむね1回	11,760円	1,176円
II	おおむね2回	23,490円	2,349円
III	おおむね3回以上	37,270円	3,727円

2割負担の場合

支給区分	1週間あたりのサービス提供回数	利用料金	自己負担
I	おおむね1回	11,760円	2,352円
II	おおむね2回	23,490円	4,698円
III	おおむね3回以上	37,270円	7,454円

3 割負担の場合

支給区分	1週間あたりのサービス提供回数	利用料金	自己負担
I	おおむね1回	11,760円	3,528円
II	おおむね2回	23,490円	7,047円
III	おおむね3回以上	37,270円	11,181円

*初回加算・・・新規に訪問介護（予防）計画を作成した利用者に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら訪問介護（予防）を行う場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行して訪問した場合。

該当者のみ200円※（但し1回のみ） 2割 400円 3割 600円

*特定事業所加算（II）

①有資格（介護福祉士等）の介護訪問員が国の基準以上配置されており、サービス提供責任者が3年以上の実務経験を有している事。

②計画的・定期的に研修・会議・介護訪問員の健康診断等を実施しており、文書等による確実な情報伝達・報告が来ている。

③緊急時等における対応方法が明示されている事。

*生活機能向上連携加算

①サービス提供責任者が、訪問リハビリテーションの事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問リハビリテーションに同行し、理学療法士等と同行して行ったアセスメント結果に基づき訪問介護計画を作成している事。

②当該理学療法士等と連携して訪問介護計画書に基づくサービス提供を行っている事

③当該計画に基づく初回の訪問介護が行われた日から3ヶ月間、算定できる事

該当者のみ100円※（但し1回のみ） 2割 200円 3割 300円

【基本部分】※【生活援助型訪問サービス】

サービス名称	サービスの内容	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
訪問型サービスⅠ/2	週1回程度の生活援助のみが必要とされた者 (事業対象者・要支援1・2)	10,000円/月	1,000円	2,000円
訪問型サービスⅡ/2	週2回程度の生活援助のみが必要とされた者 (事業対象者・要支援1・2)	19,980円/月	1,998円	3,996円
訪問型サービスⅢ/2	週2回を超える程度の生活援助のみが必要とされた者 (事業対象者・要支援2)	31,690円/月	3,169円	6,338円
※訪問型独自サービス初回加算			利用者負担(1割) 170円	

*介護職員処遇改善加算

加算要件を満たす事業所において、介護職員の根本的な処遇を改善する為に加算を算定し適切なサービスの質の保持に努めます。

所定単位数×0.245（加算の状況により費用の変更があります）

*緊急時訪問介護加算・・・緊急時などの利用者やその家族からの要請を受けて、サービス提供責任者が介護支援専門員と連携を図り、介護支援専門員が必要と認めたときにサービス提供責任者又はその他の訪問介護員等が居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行います。 1回 100円 2割 200円 3割 300円

(6) 緊急時における対応方法

訪問介護員等は事業の提供を行っている時に、利用者に病状の急変、その他の緊急事態が生じた時は、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告を行うこととする。

*キャンセル料

利用を中止する際は、前日の営業時間内（18:00 まで）にご連絡下さい。それ以降のキャンセルはキャンセル料として要介護の利用者については利用料の**1割**。要支援利用者については月額報酬となっている為、**回数分で割った料金**を徴収させていただきます。

*緊急時の連絡先：0952-20-3140 対応可能時間 9:00～18:00

(7) 通常の事業実施区域

事業の実施区域	佐賀市（大和町、富士町、三瀬村は除く）大川市
---------	------------------------

(8) 苦情申立先

当施設ご利用相談室	相談窓口	主任 北村 康平
	ご利用時間	毎日 9：00～18：00
	ご利用方法	電話 0952-20-3140 面接 相談室 苦情箱 施設内に設置
苦情受付公的機関	名称	佐賀県国民健康保険団体連合会
	住所	佐賀市呉服元町7番28号 佐賀県国保会館
	TEL	0952-26-1477
	FAX	0952-26-6123
	名称	佐賀中部広域連合
	住所	佐賀市白山2丁目1番12号
	TEL	0952-40-1131
	FAX	0952-40-1165
	名称	大川市役所 健康課介護保険係
住所	福岡県大川市大字酒見256番地1	
TEL	0944-85-5522	
FAX	0944-88-1776	

苦情解決のフローチャート

苦情の受付

- ・ 苦情受付担当者は、苦情を随時受付ける。
- ・ 苦情受付担当者は、お客様等からの苦情受付に際して、下記の事項を書面に記載し、その内容について苦情相談者に確認する。

- ①苦情内容
- ②苦情相談者の希望
- ③苦情相談者と苦情解決責任者による話し合いによる解決



苦情受付の報告・確認

- ・ 苦情受付担当者は、受付けた苦情は全て苦情解決責任者及び第三者委員に報告を行う。第三者委員とは民生委員、税理士、監事等中立、公正な立場にある方が相談、苦情解決にあたる。

第3者委員 江頭 吉一 こもれび会監事
山口 正人 こもれび会監事



苦情解決に向けての話し合い

- ・ 苦情解決責任者は苦情相談者との話し合いによる解決に努める。



話し合いにより苦情解決



話し合いが不調の場合



苦情相談者は下記へ申し出て解決を図ることが出来る。

佐賀県社会福祉協議会

0952-23-2314

佐賀中部広域連合

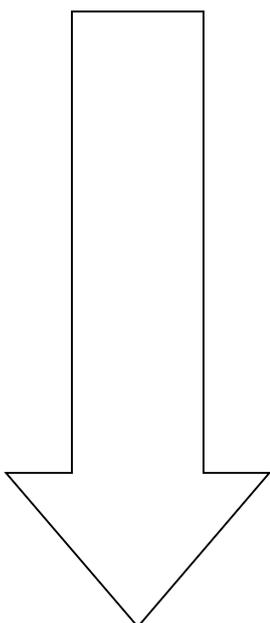
0952-40-1131

佐賀県国民保険団体連合

0952-26-6123

大川市役所 健康課介護保険係

0944-85-5522



苦情解決結果の記録、報告

- ・ 苦情解決や改善を重ねることにより、サービスの質の向上、運営の適正化が確保できる。これらを実効あるものとするために、記録及び報告を下記の通り行う。
- ① 苦情受付担当者は、苦情受付から解決・改善までの経過と結果について書面に記録を行う。
- ② 苦情解決責任者は、苦情相談者に改善を約束した事項について、苦情相談者に対して、一定期間経過後に報告を行う。



苦情解決結果の活用

- ・ サービスの質の向上や信頼性の向上を図るため、個人情報に関するものを除き、サービス従業者への研修時に具体的事例として活用を行う。

(9) 具体的な取扱い方針

サービスの提供	<ul style="list-style-type: none">・ 正当な理由なく指定訪問介護の提供の拒否はしません。ただし、通常の事業の実施地域等を勘案し、利用者に対して自ら適正な指定訪問介護（予防）サービスを提供することが困難な場合は、適当な他の指定訪問介護（予防）事業者を紹介します。・ 利用者の日常生活全般の状況を踏まえて、指定訪問介護（予防）サービスの目標を立て、その目標を達成するための具体的なサービス内容等の訪問介護計画を作成します。なお、必要に応じて訪問介護（予防）計画の変更をすることがあります。
受給資格者証の確認	<ul style="list-style-type: none">・ 指定訪問介護（予防）サービスの提供を開始する際に、被保険者資格、要介護認定等の有無及び有効期間等、受給資格者の確認をさせていただきます。（介護保険負担割合証）の確認も合わせてさせていただきます。・ 被保険者証に認定審査会意見が記載されているときは、それを配慮して指定訪問介護（予防）を提供します。・ 要介護認定を受けておられない利用者については、本人の意思を踏まえて介護認定申請に必要な援助を行います。
居宅介護支援事業者との連携	<ul style="list-style-type: none">・ 指定訪問介護（予防）サービスが円滑に提供できるよう、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
保険給付の請求のための証明書交付	<ul style="list-style-type: none">・ 法定代理受領サービスに該当しない指定訪問介護（予防）に係る利用料を請求した場合は、提供した指定介護の内容、費用の額等を記載したサービス提供証明書を交付します。

(10) 秘密保持

業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密は守ります。

サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いる場合には利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は、当該家族等の同意をあらかじめ文書により得た上で行います。

(11) 事故発生時の対応

利用者に対して、居宅介護サービスを提供したことにより損害賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、利用者の過失による事故の場合には損害賠償を行いません。

(12) 虐待防止について

当施設では、利用者等の人権の擁護及び虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- ② 虐待の防止のための指針を整備しています。
- ③ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的実施しています。

虐待防止のための措置に関する責者を選定しています。

	虐待防止責任者	氏名	松永 宣子	職名	管理者
--	---------	----	-------	----	-----

(13) ハラスメント対策について

- ① 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
 - (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
 - (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - (3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。
- ② ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。
- ③ 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ④ ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

	相談窓口責任者	介護長・各所属主任
--	---------	-----------

(14) 衛生管理等について

訪問時において感染症及び食中毒が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- ① 施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（感染症対策委員会）をおおむね毎月開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- ② 施設における感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備する。
- ③ 施設において、従業者に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

私は、本書面に基ついて当施設職員（氏名 _____）から上記重要事項説明を受けたことを確認します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

利用者 住 所

氏 名

印

利用者の家族 住 所

氏 名

印

代理人 住 所

氏 名

印

続柄

代筆の理由

社会福祉法人 こもればい会

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第76条に基づき、当施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいいただきたいことを説明するものです。

* 本事業所では、利用者に対して障害者総合支援法に基づく障害者福祉サービス(居宅介護)を提供します。当サービスの利用は、原則として自立支援給付(介護給付)支給決定を受けた方が対象となります。

社会福祉法人 こもればい会
けやき荘ホームヘルプサービス
当事業所は佐賀県知事の指定を受けています。
(佐賀県知事指定 第 4110300037 号)

1. 事業者

名称	社会福祉法人 こもればい会
所在地	佐賀県佐賀市川副町大字福富828番地1
電話番号	0952-45-5193
代表者氏名	理事長 松永 啓介
設立年月日	平成2年9月20日

2. 事業所の概要

事業所の種類	障害者福祉サービス(居宅介護) 平成18年10月 1日 指定佐賀県 4110300037 号
事業の目的	利用者が居宅において日常生活を営むことができるよう、心身の状況その他の環境に応じて、入浴、排泄、及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる支援を適切に行なうこととする。
主たる対象者	身体障害者、知的障害者、精神障害者、障害児
事業所の所在地	佐賀県佐賀市川副町大字福富828番地1
電話番号	(代)0952-45-5193 (直通)0952-20-3140
管理者氏名	荘 長 松永 宣子
サービス提供責任者	原 多美
事業所の運営方針について	1. 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った利用者本位のサービスを提供するように努める。 2. 利用者が可能な限り自立した生活を営むことができるように支援する。 3. 利用者による事故選択・自己決定を基本とし、その人らしさを大切にサービス提供に努める。
開設年月日	平成 18 年 10 月 1 日

3. 事業実施地域

佐賀市

4. 営業時間

営業日	365日
受付時間	月～日 9:00 ～ 18:00
サービス提供時間	8:00 ～ 18:00

5. 職員体制

職種	常 勤	非常勤	常勤換算	指定基準	職務の内容
1. 事業所長(管理者)	1				
2. サービス提供責任者	2				
2. 居宅介護従事者 (ホームヘルパー)	3				
(1)介護福祉士	3				
実務者研修修了者					

6. 事業者が提供するサービスと利用料金

(1)「居宅介護計画」とサービスの内容

当事業所では、下記のサービスの内容から「居宅介護計画」を定めて、サービスの提供します。「居宅介護計画」は、市町村が決定した居宅介護の「支給量」（「受給者証」に記載してあります。）と利用者の意向や心身の状況を踏まえて利用者の居宅介護計画を作成します。「居宅介護計画」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〉

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）や洗髪などを行ないます。
- 排泄介助…排せつの介助・おむつの交換を行ないます。
- 食事の介助…食事の介助を行ないます。
- 衣服の着脱の介助…衣服の着脱の介助を行ないます。
- 通院介助…通院の介助を行ないます。
- その他必要な身体介護を行ないます。

*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ないます。）

- 調理…利用者の食事の用意を行ないます。
- 洗濯…利用者の衣類等の洗濯を行ないます。
- 掃除…利用者の居室の掃除や整理整頓を行ないます。

- 買い物・・・利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行ないます。
- その他関係機関への連絡など必要な家事を行ないます。
- * 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選択、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。

(2)利用者の負担額

上記サービスの利用に対しては、自立支援給付(介護給付)が支給されます。自立支援給付(介護給付)は、本事業所が代理受領いたしますので、利用者からの受給者証の記載内容に基づき**利用料の1割**をお支払いいただきます。

〈二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。

(利用料)

居宅介護	令和6年4月 改正後	特定事業所加算Ⅱを含む
身体介護(30分未満)	256円	282円
家事援助(30分未満)	106円	117円
(30分以上45分未満)	153円	168円
(45分以上1時間未満)	197円	217円
(1時間以上1時間15分未満)	239円	263円
(1時間15分以上1時間30分未満)	275円	302円

*特定事業所加算Ⅱ

訪問系サービス(居宅介護、重度訪問介護及び行動援護)に関しては

- ①サービス提供体制の整備(研修の計画的実施等)
 - ②良質な人材の確保(介護福祉士の割合が30%以上又は常勤職員によるサービス提供時間の割合が40%以上等)
- 1回の基本料金に10%を足します。

*初回加算

サービス提供責任者において特に労力を要する初回時に行う。(初回のみ 200 円)加算させていただきます。

***介護職員処遇改善加算**

加算要件を満たす事業所において、介護職員の根本的な処遇を改善する為に加算を算定し適切なサービスの質の保持に努めます。

所定単位数×0.303 (加算の状況により費用の変更があります)

〈利用者負担額の増減について〉

- * 総合支援給付(介護給付)対象のサービス(ホームヘルプ)の利用者負担額は、所得階層により上限額が定められています。そのため、これらのサービスご利用状況により、当事業所への月々の利用者負担額が変わることがあります。本事業者が代理受領を行った総合支援給付(介護給付)は、利用者に通知します。

〈償還払い〉

- * 総合支援給付(介護給付)額を事業所が代理受領を行わない場合は、利用料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自立支援給付(介護給付)が支給されます。)

***緊急時における対応方法**

訪問介護員等は事業の提供を行っている時に、利用者に病状の急変、その他の緊急事態が生じた時は、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告を行うこととする。

★緊急時の連絡先：0952-20-3140 対応可能時間 9:00～18:00

(3) サービス利用にかかる実費負担額

サービス提供に要する下記の費用は、支援給付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(1km 20円)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 「通院介助」においてホームヘルパーにおいて公共交通機関などの交通費等が必要な場合(サービスご利用時にその都度ご負担いただきます。)

(4) 利用者負担額(利用料の1割負担)のお支払い方法

前記(2)、及び(3)の①の料金・費用はご利用の日数に応じて1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月の25日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 窓口での現金支払い

イ. 口座引き落とし

○居宅介護サービス提供に対する個人でご負担していただく料金は原則として利用料の1割となります。

○1ヶ月あたりのサービス利用に係わる「定率負担」については、所得に応じて4区分の月額上限額が設定され、それ以上の負担はありません。

区分	世帯収入状況	1ヶ月あたりの負担上限額
1. 生活保護	生活保護受給世帯	0円
2. 低所得1	市町村民税非課税世帯で、サービスを利用するご本人の収入が80万円以下の方	0円
3. 低所得2	2以外の市町村民税非課税世帯	9,300円
4. 一般	市町村民税課税世帯	37,200円

(5) 利用中止、変更、追加

① 利用予定日の前に、利用者の都合により、居宅介護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実施日の前日18時までに事業者へ申し出てください。

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く場合があります。但し利用者の体調不良等やむをえない場合は取消料はいただきません。

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	介護給付額基準額の1割

③ 市町村が決定した「支給量」及び該当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 サービスの利用の変更・追加は、その日の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が提供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行います。

(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2ヶ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) ホームヘルプについて

○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代でサービスを提供します。担当のホームヘルパーや訪問するホームヘルパーが交代する場合は、予め利用者に説明するとともに利用者及びその家族等に対してサービスの利用上の不利益が生じないように十分に配慮します。

○利用者からの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、苦情相談窓口等にご遠慮なく相談下さい。

(2) サービスの提供について

○サービスは、「居宅介護計画」に基づいて行います。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計画で予定されていたサービスの実施が出来ない場合には、利用者の同意を得て、サービスの内容を変更します。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) 受給者証の確認

「住所」及び「居宅利用者負担額」、「支給量」など「受給者証」の記載内容の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、担当の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ご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

8 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

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、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申し出てください。なお、居宅介護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

本事業所では、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負担となります。)

9. 損害賠償について

- ・サービスの提供によって事故が生じた場合には、ご家族、市町村や関係機関に速やかに連絡して必要な措置を講じます。
- ・サービス提供によって事業所の過失により利用者に損害を与えた場合には、速やかに利用者の損害を賠償します。

10. 苦情などの受付について

(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、利用料のお支払い手続きなどサービスに関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の窓口で受か付けます。

○苦情受付窓口(担当者)

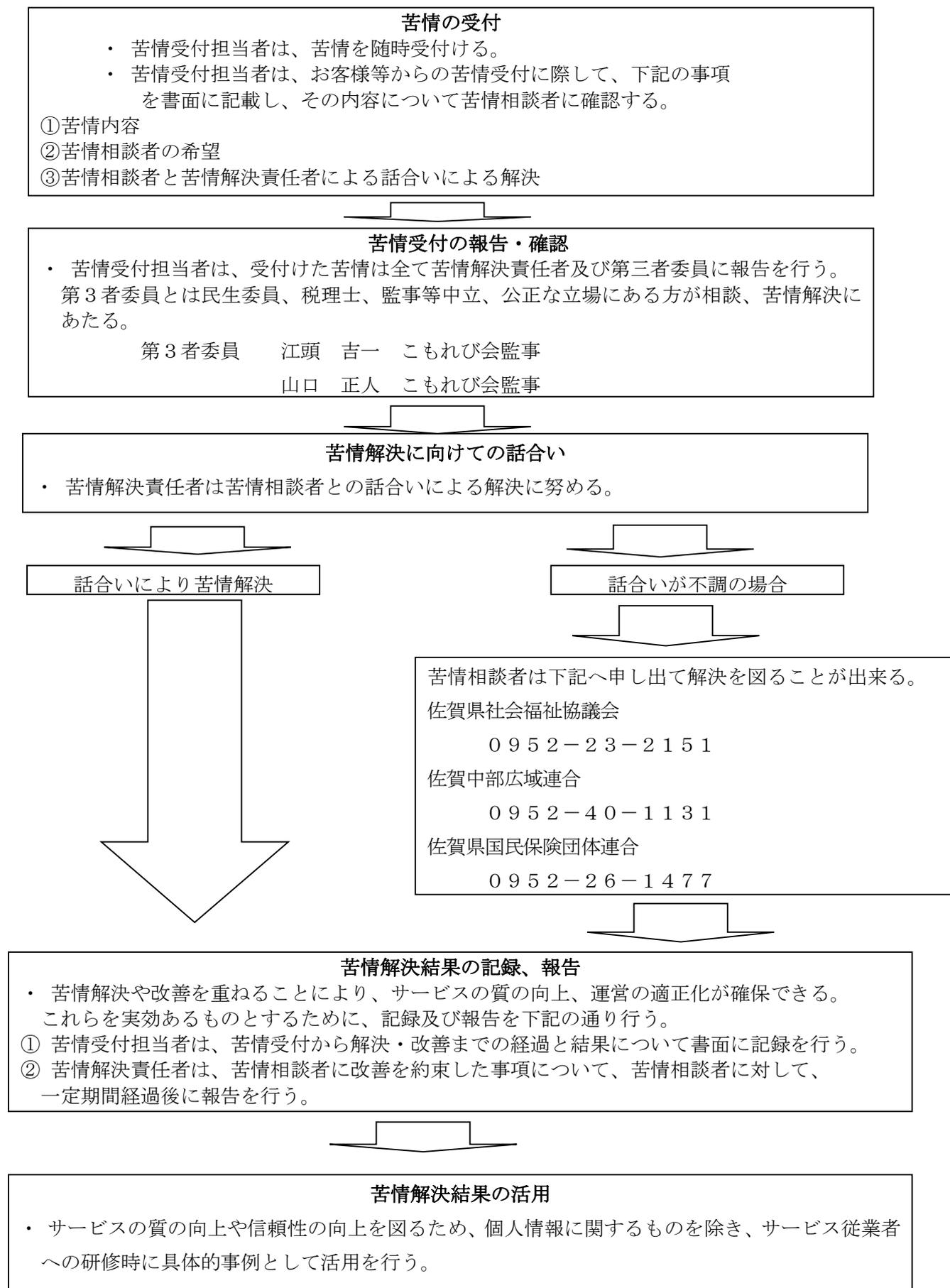
北村 康平

電話 0952-20-3140

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～18:00

【苦情解決責任者】 (職名) 荘長 松永 宣子

苦情解決のフローチャート



1 1 感染症、自然災害による業務継続に向けた取り組みについて

非常時の対応	別途定める「当施設業務継続計画」に沿って対応します。		
平常時の訓練及び研修	別途定める「当施設業務継続計画」に沿って研修と訓練を各々年1回以上実施します。		
災害時用備蓄品	非常食、飲料水 ※3日分以上 ガウン、マスク、消毒用アルコール等感染症対策物品 ※当施設規定分		
設備	非常用発電機	1	受水槽
定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じ業務継続計画の変更を行います。			

1 2 虐待防止について

<p>当施設では、利用者等の人権の擁護及び虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。</p> <p>① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。</p> <p>② 虐待の防止のための指針を整備しています。</p> <p>③ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的に実施しています。</p> <p>虐待防止のための措置に関する責任者を選定しています。</p>	
虐待防止責任者	氏名 松永 宣子 職名 管理者

1 3 ハラスメント対策について

<p>① 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。</p> <p>(1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為</p> <p>(2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為</p> <p>(3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為</p> <p>上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。</p> <p>② ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。</p>

令和 年 月 日

指定障害福祉サービス(居宅介護)の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項説明を行いました。

説明者氏名

氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定障害福祉サービス(居宅介護)の提供開始に同意しました。

利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

代理人又は立会人

住所 _____

氏名 _____ 印