

玉名市社協ヘルパーステーション 重要事項説明書

1 管理者及びサービス提供責任者

(1) 管理者

氏名	杏尾悦子
----	------

(2) サービス提供責任者

氏名	杏尾悦子
氏名	永田芳子
氏名	藤田幸恵

2 事業所の概要

(1) サービス提供の地域と種類

事業所名	玉名市社協ヘルパーステーション
加算体制	特定事業所加算(Ⅱ) 介護職員等処遇改善加算Ⅰ 初回加算 緊急時訪問介護加算 生活機能向上連携加算 夜間早朝加算 深夜加算
所在地	熊本県玉名市岩崎88番地4
事業所番号	4370600753
サービス提供地域	玉名市全域及び和水町、南関町、長洲町、玉東町、荒尾市、熊本市(植木町、河内町) ※上記以外の地域の方はご相談下さい。

(2) 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計	備考
管理者	介護福祉士	1			
サービス提供責任者	介護福祉士	3			内1名は兼務
訪問介護員	介護福祉士		10		
	基礎研修修了者				
	1級ヘルパー				
	2級ヘルパー				
	3級ヘルパー				
	その他				
合計		3	10	13	

※職員の配置については、上記一覧表から変動することがありますが、管理者1名、サービス提供責任者2名以上(うち1名は管理者と兼務)、介護職員5名以上を常時配置します。

(3) 営業日及び営業時間

本事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとします。

- ① 営業日 月曜日から日曜日までの毎日とします。
- ② 営業時間 午前8時30分から午後5時15分までとします。ただし、特別の需要がある場合はこの限りではありません。
- ③ 24時間常時利用者との連絡が可能な体制とします。(電話転送システム)

3 サービスの内容

訪問介護事業及び介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業(介護予防訪問介護サービス(現行相当)・基準緩和型訪問サービス(訪問型サービスA))

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業の内容は次のとおりです。

【現行訪問型相当サービス】

- ① 身体介護
 - 排泄・食事介助
 - 清拭・入浴・身体整容
 - 体位変換
 - 移動・移乗介助、外出介助
 - その他の必要な身体の介護
- ② 生活援助
 - 調理
 - 衣類の洗濯
 - 住居の掃除
 - 生活必需品の買い物
 - その他必要な日常生活に関する支援

【基準緩和型訪問介護サービス(訪問型サービスA)】

- ① 生活援助
 - 調理
 - 衣類の洗濯
 - 住居の掃除
 - 生活必需品の買い物
 - その他必要な日常生活に関する支援

(2) 指定訪問介護の内容は次のとおりです。

- ① 身体介護
 - 排泄・食事介助
 - 清拭・入浴・身体整容
 - 体位変換
 - 移動・移乗介助、外出介助
 - その他の必要な身体の介護
- ② 生活援助
 - 調理
 - 衣類の洗濯
 - 住居の掃除
 - 生活必需品の買い物
 - その他必要な日常生活に関する支援

サービスの提供の開始に際し、あらかじめ利用申込者又はその家族に対し、運営概要の概要、訪問介護員の勤務の体制その他の利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該提供の開始について利用申込者の同意を得ます。

居宅サービス計画及び介護予防サービス計画書または介護予防マネジメント（以下「ケアプラン」という。）が作成されている場合は、当該計画に沿ったサービスを提供します。

正当な理由なく、サービスの提供を拒みません。ただし、通常の事業の実施地域等を考慮し、利用申込者に対し自ら適切なサービスを提供することが困難であると認められた場合は、当該利用申込者に係る指定居宅介護支援事業者等へ連絡、適当な他の指定訪問介護事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じるものとし、

サービスの提供を求められた場合は、提示される被保険者証によって、被保険者資格、要介護認定等の有無及び要介護認定等の有効期間を確認させていただきます。

被保険者証に、介護保険法第73条第2項に規定する認定審査会意見が記載されている場合は、その意見に配慮してサービスを提供します。

訪問介護員等は、身分を証する書類を携行し、初回訪問時および利用者又はその家族からこれを求められたときは、これを提示します。

4 利用料金

(1) 利用料金・利用者負担金

介護保険の適用がある場合は、料金表の利用料金のうち、各利用者の負担割合に応じた額（1割・2割又は3割）が利用者負担金となります。

【現行訪問型相当サービス（訪問型独自サービス）】

週1回程度	1ヶ月につき	11,760円
週2回程度	1ヶ月につき	23,490円
週3回程度	1ヶ月につき	37,270円

※上記料金表の利用料金に、福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅰ 24.5%が加算されます。その介護職員等処遇改善加算のうち各利用者の負担割合に応じた額（1割、2割又は3割）が利用者負担となります。

【基準緩和型訪問介護サービス（訪問型緩和サービス）】

サービス提供1回45分まで

週1回程度	1ヶ月につき	9,410円
週2回程度	1ヶ月につき	18,790円
週3回程度	1ヶ月につき	28,230円

【訪問介護サービス】

訪問介護費（要介護1～5）《基本報酬に特定事業所加算を加えた額》

身体介護中心型	20分未満	1,790円
	20分以上30分未満	2,680円
	30分以上1時間未満	4,260円
	1時間以上1時間半未満	6,240円
	生活援助加算	720円

※ 身体介護を行なった後に引き続き生活援助を行なった場合、生活援助加

算として20分から起算して25分ごとに65単位が加算されます。(70分を限度)

生活援助中心型	20分以上45分未満	1,970円
	45分以上	2,420円

※上記料金表の利用料金に、福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅰ 24.5%が加算されます。その介護職員等処遇改善加算のうち各利用者の負担割合に応じた額(1割、2割又は3割)が利用者負担となります。

(2) 交通費

2の(1)のサービス提供をする地域にお住まいの方は無料です。
それ以外の方は、片道1kmあたり(サービス提供地域を越えた地点から)20円を頂きます。

(3) キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合、利用者等から事前に連絡がなく、且つ体調不良や緊急のやむを得ない事情などの特別な理由がないときは、当該サービスの20%をキャンセル料として徴収いたします。

キャンセルの場合は、至急ご連絡ください。(連絡先：73-9566)

(4) 料金のお支払方法

毎月10日までに、前月分の請求をいたしますので、20日までにお支払下さい。お支払いただきますと領収書を発行いたします。

(5) その他

ア. 必要経費の負担について

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者の負担となります。

イ. サービス提供証明書の発行について

利用者からのご依頼があれば、提供した訪問介護サービスの種類、内容、利用単位、費用等を記入したサービス提供証明書を発行します。

(6) 初回加算(指定訪問介護・要介護1～5のみ)

介護保険適用の利用者で、新規に訪問介護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じ月にサービス提供責任者がサービスを提供した場合、又は他の訪問介護員がサービス提供する際に同行訪問した場合には、初回加算として200円を徴収します。

(7) 緊急時訪問介護加算(指定訪問介護・要介護1～5のみ)

介護保険適用の利用者で、利用者(要支援を除く)やその家族からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネージャーと連携を図り、ケアマネージャーが必要と認めたときに、サービス提供者またはその他の訪問介護員がケアプランにない訪問介護(身体介護)をおこなった場合、緊急時訪問介

護加算として100円を徴収いたします。

(8) 生活機能向上連携加算（指定訪問介護・要介護1～5のみ）

介護保険適用の利用者で、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指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等と連携を図り、生活機能向上のための訪問介護計画を作成し、訪問介護計画に基づく訪問介護をおこなった場合、その月を含む3ヶ月間、生活機能向上連携加算として1ヶ月につき100円を徴収します。

(9) 特定事業所加算（Ⅱ）（指定訪問介護・要介護1～5のみ）

より質の高いサービスを提供するため、厚生労働省が定める体制要件及び人材要件を満たす事業所として、利用単位数の10%を特定事業所加算として徴収します。

(10) 夜間早朝の場合

夜間（午後6時から午後10時）又は早朝（午前6時から午前8時）までの支援には報酬額に25%が加算されます。

(11) 深夜の場合

深夜（午後10時から午前6時）までの支援には報酬額の50%が加算されます。

5 事業者の訪問介護サービスの特徴等

(1) 運営方針

事業所の訪問介護員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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援助を行います。また、訪問介護の現場での利用者の口腔に関する問題や服薬状況等に係る気付きをサービス提供責任者から居宅介護支援事業者等のサービス関係者に情報提供します。

事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健所・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービス提供に努めます。

(2) サービス利用のために

事 項	内 容
ヘルパーの変更の可否	変更を希望される方はお申し出ください。
男性ヘルパーの有無	現在は所属していません。
職員研修の有無	年1回以上継続研修をおこなっています。
サービスマニュアルの作成	年1回内容を検討し、改善に努めます。
緊急時の対応	サービス提供時間以外の緊急時は転送電話にて24時間対応します。 (電話番号 0968-73-9566)

6 虐待防止

事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じるものとします。

- (1) 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）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を図る。
 - (2) 事業所における虐待の防止のための指針を整備する。
 - (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
 - (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。
- 2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合、速やかにこれを市町村に通報するものとします。

7 事故発生時の対応

利用者に対する訪問サービスの提供により事故が発生した場合には、必要な措置を講じるものとし、速やかに利用者の家族、市町村等に連絡するものとします。

- 2 利用者に対する訪問サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行うものとする。ただし、事業所の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

8 緊急時の対応方法

サービス提供中に、容態の変化などがあつた場合は、主治医・消防署(救急車)・ご家族・介護支援事業所等へ連絡します。

主治医	医療機関名	
	住 所	
	電 話 番 号	

ご家族	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	

サービス提供時間外の緊急時に当事業所の支援が必要な場合には、下記へご連絡ください。転送電話により24時間体制で対応しています

電話番号：0968-73-9566

9 ハラスメント防止のための取組み

当事業所は、適切な介護サービスの提供を確保する観点から、職員に対する次のハラスメントの防止のために必要な措置を講じます。ここでいうハラスメントとは、行為者を限定せず優位的な地位または関係を用いたり、拒否や回避が困難な状況の下で行われる次のいずれかの行為とします。

- ① 身体的な力を使って危害を及ぼす行為（回避して危害を逃れた場合も含まれます。）
 - 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る行為
 - ③ 性的な誘いかけ、好意的態度の要求など性的な嫌がらせ
- 2 当事業所は、カスタマーハラスメントに対する行動指針を定め、利用者またはその家族等により対象となる行為が認められ、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合には、契約を解除させていただく場合があります。

10 苦情等の受付について

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（お客様相談係）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次の専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口	管理者 杏尾悦子
受付日	毎週月曜日～日曜日
受付時間	午前8時30分～午後5時15分
苦情解決責任者	事務局長 竹村昌記

2 苦情解決第三者委員

本事業所では、地域にお住まいの以下の方を苦情経穴第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、本事業所への苦情やご意見は「苦情解決第三者委員」に相談することもできます。

< 苦情解決第三者委員 >

氏名(公職名)	連絡先
大保 健司 (学識経験者) 早川 みどり (玉名市社協監事) 杉本 陽子 (民生委員児童委員) (主任児童委員)	0968-71-0080

3 行政機関その他苦情受付機関

玉名市役所 高齢介護課	所在地	玉名市岩崎163番地
	電話番号	0968-75-1339
	受付日	月曜日～金曜日（祝日、年末年始除く）
	受付時間	午前8時30分～午後5時15分
熊本県運営適 正化委員会	所在地	熊本市中央区南千反畑町3番7号 （熊本県社会福祉協議会内）
	電話番号	096-324-5471
	FAX	096-355-5440
	受付日	平日月曜日～金曜日 （祝日・年末年始を除く）
	受付時間	午前9時から午後0時 午後1時から午後5時
熊本県 国民健康保険 団体連合会	担当課	介護サービス相談窓口
	電話番号	096-214-1101
	FAX 番号	096-214-1105
	受付日	月曜日～金曜日（祝日・年末年始は除く）
	受付時間	午前9時から午後5時まで（正午から午後 1時は除く）

1.1 福祉サービス第三者評価の実施 なし

訪問介護の開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

「支援事業者」

住 所 玉名市岩崎88番地4
 名 称 社会福祉法人玉名市社会福祉協議会
 代表者名 会 長 藏 原 隆 浩 印

「説 明 者」

所 属 指定訪問介護事業所玉名市社協ヘルパーステーション
 （指定番号 4370600753 ）

氏 名 _____ 印

「利 用 者」

住 所 _____

氏 名 _____ 印

「利用者代理人（選任した場合）」

住 所 _____

氏 名 _____

社会福祉法人玉名市社会福祉協議会

会 長 藏 原 隆 浩 殿

カスタマーハラスメントの関する誓約書

私は、貴法人が運営する事業所を利用するにあたり、「カスタマーハラスメントに対する行動指針」（以下「行動指針」という。）を受領し、その内容を確認しました。

行動指針に規定される対象行為があった場合は、貴法人と締結した契約の解除を含めた措置を取られても異議を申し立てないことを誓約いたします。

令和 年 月 日

契約者氏名 _____ ⑩

契約者代理人(選任した場合)

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩