

介護予防・日常生活支援総合事業

「訪問型サービスA」 重要事項説明書②

周防大島町社協 訪問介護 西部事業所

【事業所番号 3577100450】

社会福祉法人 周防大島町社会福祉協議会

1. 本会が提供するサービスについての相談窓口

電 話 番 号	74-5500（午前8時30分～午後5時15分まで） （土・日・祝日及び12/29～1/3を除く）
担 当	（訪問事業責任者）

2. 事 業 者

名 称	社会福祉法人 周防大島町社会福祉協議会
所 在 地	山口県大島郡周防大島町大字小松125-2
電 話 番 号	0820-74-2948
代表者氏名	会 長 河 原 光 雄
設立年月日	平成16年10月1日

3. 周防大島町社協 訪問介護 西部事業所の概要

事 業 所 の 名 称	周防大島町社協 訪問介護 西部事業所
サービスの種類	周防大島町介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービスA
事業所の所在地	山口県大島郡周防大島町大字小松125-2 （しまとぴあスカイセンター内）
電 話 番 号	0820-74-5500
管 理 者 氏 名	河 本 ゆ か り
事業実施地域	周防大島町全域
開 設 年 月 日	平成29年4月1日
事業所がおこなっている他の業務	指 定 訪 問 介 護 事 業 所 平成16年 4月1日 山口県 3577100450号 介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者 3577100450号 指 定 居 宅 介 護 事 業 所 平成18年10月1日指定 山口県 3515700049号 地域生活支援事業（移動支援事業）の受託

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等である利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、訪問型サービスA（以下、「訪問サービス」といいます。）を提供することを目的とします。
運営方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関連法令及びこの契約の定めに基づき、周防大島町や関係する業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態等の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

5. 営業時間

営業日	月曜日から金曜日まで (土・日・祝日及び12月29日から1月3日までを除く。)
営業時間	午前8時30分～午後5時15分まで
サービス提供時間	午前8時から午後5時まで (土・日・祝日及び12月29日から1月3日までを除く。)

6. 職員の体制〈主な職員の配置状況〉

	資格	常勤	非常勤	計	職務内容
管理者 (訪問事業 責任者兼務)	介護福祉士	1名	0名	1名	・従事者の管理、指導その他 本事業の業務の統括。
訪問事業責任者	介護福祉士 (管理者兼務1名)	3名	0名	3名	・訪問サービスの利用の申し 込みに係る調整、従事者等 に対する技術指導、個別サ ービス計画の作成等をおこ なうとともに、自らも訪問 サービスの提供に当たるも のとする。
従事者（ホームヘルパー）					
介護福祉士		3名	1名	15名	・訪問サービスの提供に当た る。
介護福祉士実務者研修修了		0名	2名		
訪問介護養成研修1級修了者		0名	0名		
訪問介護養成研修2級修了者		0名	9名		

7. 提供する訪問サービスの内容

従事者（以下、「ホームヘルパー」といいます。）が利用者のお宅を訪問し、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の支援（生活援助）をおこなうサービスです。

生活援助の具体的な内容

例	調 理	ご利用者の食事のご用意をおこないます。 （ご家族分の調理はおこないません。）
	洗 濯	ご利用者の衣類等の洗濯をおこないます。 （ご家族分の洗濯はおこないません。）
	掃 除	ご利用者の居室等の掃除をおこないます。 （ご利用者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除はおこないません。）
	買 い 物	ご利用者の日常生活に必要な物品の買い物をおこないます。（注1） （預金・貯金の引出しや預け入れはおこないません。）
	そ の 他 の 家 事 援 助	薬の受け取り・衣服の入れ替えなど

（注1） ヘルパー車に同乗しての買い物援助はご利用できません。

8. 利用料金

（1）利用料

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりです。お支払いただく「利用者負担金」は、原則として負担者割合証に応じて基本利用料の1割から3割の額です。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

対 象 区 分	基本利用料 （1月当たり）	利用者負担 （1割） （1月当たり）	利用者負担 （2割） （1月当たり）	利用者負担 （3割） （1月当たり）
週1回程度の利用 事業対象者、要支援1,2	8,230円	823円	1,646円	2,469円
週2回程度の利用 事業対象者、要支援1,2	16,440円	1,644円	3,288円	4,932円
週3回程度の利用 事業対象者、要支援2	26,090円	2,609円	5,218円	7,827円

（2）その他

- ・ご利用者の住まいで、訪問サービスの提供をするために使用する、水道、ガス、電気等の費用はご利用者のご負担になります。

(3) お支払い方法

- ・料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、20日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。
- ・口座自動振替、現金支払の2通りの中からご契約の際に選べます。
 - お支払方法—
 - 1) 口座自動振替
金融機関：山口銀行、郵便局、山口県農業協同組合
 - 2) 現金支払

9. 訪問サービスのご利用方法

(1) 訪問サービスのご利用開始

- ・本会職員がお伺いいたします。
- ・必要に応じて、訪問サービスの個別サービス計画の作成と同時にご契約を結び、訪問サービス提供を開始します。

(2) 訪問サービスの終了

①ご利用者のご都合で訪問サービスを終了する場合

- ・訪問サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書等でお申し出ください。

②本会の都合で訪問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、訪問サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書でご通知いたします。

③自動終了

- ・以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に訪問サービスを終了いたします。
 - ①ご利用者が介護保険施設に入所した場合
 - ②ご利用者の要介護状態区分が要介護となった場合又は、事業対象者に該当しなかった場合
(※この場合、ご利用者の状態により他のサービスのご利用ができる場合があります。)
 - ③ご利用者がお亡くなりになった場合

④その他

- ・次の場合、ご利用者は文書で通知することによって即座に訪問サービスを終了することができます。
 - ①本会が正当な理由なく訪問サービスを提供しない場合
 - ②本会が守秘義務に違反した場合
 - ③ご利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

- ・次の場合、本会はご利用者に文書で通知することにより、即座に訪問サービスを終了させていただく場合がございます。

- ① ご利用者が、訪問サービス利用料の支払いを3ヶ月以上延滞し、料金をお支払いいただくよう催促したにもかかわらず、催促日から10日以内に支払われない場合
- ② ご利用者やご家族などが本会や本会の訪問サービス従事者に対して本契約を継続し難いほどの迷惑行為を行った場合

10. サービスご利用に関する留意事項

(1) ホームヘルパーについて

- ・訪問サービス提供時に、担当のホームヘルパーを決定します。
ただし、実際の訪問サービス提供にあたっては、複数のホームヘルパーが交替してサービスの提供をおこないます。

①ご利用者からの交替のお申し出

- ・ご利用者から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、お客様ご相談窓口にご相談ください。

②事業者からのホームヘルパーの交替

- ・事業者の都合により、ホームヘルパーを交替することがあります。
- ・交替する場合は、訪問サービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。

(2) 訪問サービスの提供について

①定められた業務以外の禁止

- ・ケアプランや個別サービス計画で定められたサービス以外の業務を事業者にご依頼することはできません。

②訪問サービスの実施に関する指示・命令

- ・ホームヘルパーへの訪問サービス実施に関する指示・命令は、すべて事業者がおこないます。
ただし、事業者は訪問サービスの実施にあたってご利用者の訪問時の状況・ご事情・ご意向等に十分に配慮するものとします。

③備品等の使用

- ・訪問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）は無償でご使用させていただきます。事業所に連絡する場合の電話等もご使用させていただきます。

(3) ホームヘルパーの禁止行為

ご利用者に対する訪問サービスの提供にあたって、次の行為はおこないません。

- ① 医療行為および医療補助行為
- ② ご利用者もしくはご家族等から金銭、預金通帳、証書、書類等の預かり
- ③ ご利用者もしくはご家族等からの金銭または物品、飲食の授受
- ④ ご利用者のご家族に対するサービスの提供
- ⑤ 飲酒およびご利用者もしくはご家族の同意なしにおこなう喫煙
- ⑥ 身体拘束その他ご利用者の行動制限に関する行為
(ご利用者又は第三者の生命又は身体を保護するために、緊急やむを得ない場合を除く。)
- ⑦ ご利用者もしくはご家族に対しておこなう宗教活動、政治活動、営利活動およびその他迷惑行為

11. 緊急時の対応方法

(1) サービス提供中

サービス提供中に容態の変化等があった場合は、主治医への連絡をおこない、医師の指示に従います。また救急隊、緊急連絡先や地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

利 用 者 の 主 治 医	氏 名	
	医療機関の名称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
緊 急 連 絡 先	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

(2) サービス提供中以外

サービス提供中以外でも、緊急時にはご連絡ください。適切に対応させていただきます。

連 絡 先	0820-74-5500
受 付 時 間	午前8時から午後5時まで (土・日・祝日及び12月29日から1月3日までを除く。)

12. 事故発生時の対応

- ・訪問サービスの提供中に事故が発生した場合、ご利用者の生命及び身体の安全を最優先にし、ご利用者の安全確認後、速やかにご利用者のご家族や地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、周防大島町等に連絡をおこなうとともに、必要な措置を講じます。
- ・訪問サービスの提供中に、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おこないます。
- ・事故については、事故の状況・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みをおこないます。

- ・本事業者は、次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 社会福祉協議会がおこなう介護保険・社協業務が補償対象

13. 虐待の防止について

（１）利用者の人権の擁護・身体拘束の適正化ならびに虐待の防止等のための措置

- ①身体拘束の適正化ならびに虐待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、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- ② 身体拘束の適正化ならびに虐待防止のための指針の整備。
- ③ 身体拘束の適正化ならびに虐待を防止するための職員に対する研修を定期的を実施し、人権意識や知識の向上に努めます。
- ④ 上記①から③を適切に実施するための責任者の設置
身体拘束の適正化ならびに虐待防止に関する責任者
周防大島町社協 訪問介護西部事業所 管理者 河 本 ゆ か り

（２）その他

サービス提供中に、当事業所職員または養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを周防大島町に通報します。

14. 訪問サービス内容に関する苦情

（１）苦情の受付及び訪問サービスご利用等のご相談（お客様ご相談係）

訪問サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払や手続きなどサービスご利用に関するご相談、ご利用者の記録等の情報開示のご請求は次の窓口で受付いたします。

○お客様相談係（苦情受付窓口）

担 当 者：周防大島町社協 訪問介護西部事業所 管理者 河 本 ゆ か り

電話番号：74-5500 ・ F A X：74-3622

○受 付 時 間 午前8時30分 ～ 午後5時15分まで

（土・日・祝日及び12/29 ～ 1/3を除く）

○苦情解決担当・責任者

社会福祉法人 周防大島町社会福祉協議会

事 務 局 長 徳 岡 伸 昭

（２）第三者委員

本事業所では、地域にお住まいの次の方を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「第三者委員」にご相談することもできます。

なお、第三者委員の名簿は事業所に掲示してあります。

（３）行政機関その他苦情受付機関

周防大島町役場 介護保険課 介護保険班	所 在 地 周防大島町大字土居 1325-1 日良居庁舎内 電話番号 73-5503 F A X 73-5006
山口県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談係	所 在 地 〒753-8520 山口市朝田 1980-7 国保会館1階 電話番号 083-995-1010 F A X 083-934-3665

訪問型サービスAの提供開始にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいた重要事項の説明をおこないました。

事業者

<所在地> 大島郡周防大島町大字小松125-2
<名称> 周防大島町社協 訪問介護 西部事業所 ㊞
<管理者> 河本 ゆかり
<説明者> 所属 地域総合福祉課
サービス提供責任者
氏 名 ㊞

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、訪問型サービスAの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

ご利用者

<住所> 周防大島町大字
<氏 名>

利用者の家族代表 又は 法定代理人

<住所>
<氏 名>