

「同行援護サービス」重要事項説明書

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自立支援法に基づく居宅介護、を提供致します。当サービスの利用は、原則として介護給付費の支給決定を受けた方が対象となります。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	1ページ
2. 事業所の概要	1ページ
3. 事業実施地域	1ページ
4. 営業時間	1ページ
5. 職員の体制	2ページ
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金	2ページ
7. サービスの利用に関する留意事項	4ページ
8. サービス実施の記録について	5ページ
9. 事故発生時の対応について	5ページ
10. 損害補償保険への加入	6ページ
11. 苦情の受付について	6ページ
12. 第三者評価について	6ページ

社会福祉法人 阿蘇市社会福祉協議会
ヘルパーステーションあそ

当事業所は熊本県の指定を受けています。

(熊本県知事指定 第 4321800032 号)

1. 事業者

名 称	社会福祉法人 阿蘇市社会福祉協議会
所 在 地	熊本県阿蘇市内牧976番地2
電 話 番 号	0967-32-1127
代 表 者 氏 名	会 長 松嶋 和子
設 立 年 月 日	平成29年7月1日

2. 事業所の概要

事業所の種類	
事業の目的	指定居宅介護の円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定居宅介護の提供を確保することを目的とする。
事業所の名称	社会福祉法人阿蘇市社会福祉協議会 阿蘇居宅介護事業所
事業所の所在地	熊本県阿蘇市内牧976番地2
電話番号	0967-32-1127
管理者氏名	吉良 清美(事業所長及びサービス提供責任者兼務)
事業所の運営方針について	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、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じ適切なサービスを提供します。
開設年月	平成29年7月1日
事業所が行なっている他の業務	指定訪問介護事業所 ヘルパーステーションあそ 平成17年2月11日指定 熊本県 第4371400039号

3. 事業実施地域

原則として阿蘇市内の区域とする。

4. 営業時間

営業日	12月29日から1月3日を除くほか営業
受付時間	月～金 午前8時30分～午後5時15分
サービス提供時間帯	午前8時30分～午後5時15分

5. 職員の体制

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

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			1 名	管理運営責任者
2. サービス提供責任者	4			1 名	提供責任者
3. 居宅介護従事者(ホームヘルパー)	6	1			
(1)介護福祉士	6	1			同行援護従事者
(2)訪問介護養成研修1級 (ヘルパー1級)課程修了者					
(3)訪問介護養成研修2級 (ヘルパー2級)課程修了者					
(4)訪問介護養成研修3級 (ヘルパー3級)課程修了者					

当事業所では、利用者に対して指定居宅介護を提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

提供する同行援護サービス

(1) 同行援護サービスの内容

- ①移動時及びそれに伴う外出先において必要な視覚的情報の支援（代筆・代読を含む）
- ②移動時及びそれに伴う外出先において必要な移動の援助
- ③排泄・食事等の介護その他外出する際に必要となる援助

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 介護給付費支給対象サービスに係る利用者負担額

同行援助に係る利用者負担額は、区市町村が定める利用者負担上限月額(同行援護サービスに要した総費額に1割相当額が低い場合には、低い方の額)となります。また同行援護サービスに要した総費額から利用者負担上限月額を差し引いた額を介護給付費として事業者が受領します。なお、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」第31条により特例の適用を受ける場合は、区市町村が定める額となります。

また、同一世帯に障害福祉サービスの利用者が複数いる場合、障害福祉サービスと介護保険サービスを併用する利用者がある場合で、利用者負担の合計額が一定の額を超える場合には高額障害福祉サービス等給付費等を支給され負担が軽減される場合もあります。

詳しくは、お住まいの区市町村にお尋ねください。

<2人のホームヘルパーにより訪問を行なった場合>

- 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。

<利用者負担額の上限等について>

- 介護給付費対象のサービス(ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ)利用者負担額は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なった場合には別途上限管理にかかる費用（月額150円）をお支払いいただきます。

<償還払い>

- 事業者が介護給付費額の代理受領を行なわない場合は、介護給付費基準額の全額を一旦
- お支払い頂きます。この場合、利用者に「サービス提供証明書」を交付いたします。（「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) サービス利用にかかる実費負担額(契約書第5条参照)

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。

- 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をいただきます。実施地域を超える地点から1kmあたり20円(往復)を乗じた額とさせていただきます。
(サービス利用料とともに1ヶ月ごとにお支払頂きます。)
- ② 「通院介助」においてホームヘルパーに公共交通機関などの交通費の他、入場料、利用料等が必要な場合、その実費を頂きます。
(サービスご利用時にその都度ご負担いただきます。)

<サービス利用料>

下記の料金表によって、サービス利用料金から介護給付費の給付額を除いた金額(利用者負担)をお支払い頂きます。(個別減免等の負担軽減措置については 頁をご参照下さい。)

1. サービス利用料金	円
2. うち、介護給付費が給付される金額	円

[利用者負担に関する月額上限]

- 1ヶ月あたりのサービス利用にかかる「定率負担」については、所得に応じて4区分の月額負担額が制定され、それ以上の負担の必要はありません。

区 分	世 帯 の 収 入 状 況	1ヶ月あたりの負担上限額
生 活 保 護	生活保護受給世帯	0円
低 所 得	市町村民税非課税世帯	0円
一 般 1	市町村民税課税世帯	9,300円
一 般 2	上記以外	37,200円

(3) 利用者負担額及び実費負担額のお支払方法(契約書第5条参照)

前期(2)、及び(3)の①の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求します。

なお利用毎月 26 日(金融機関休業日の場合は翌営業日)指定の口座より引き落としさせていただきます。

(4)利用の中止、変更、追加(契約書第6条参照)

- ① 利用予定日の前に、利用者の都合により、居宅介護等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の実施日の前日17時00分までに事業者申し出て下さい。
- 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えない場合は取消料は頂きません。

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	利用者負担相当額

- ③ 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ができます。
- ④ サービス利用の変更・追加は、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の提供が出来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他、他事業所を紹介するなど必要な調整を致します。

(5)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、原則としてその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)ホームヘルパーについて

☆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して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した場合は、あらかじ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利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。

☆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、お客様相談窓口等にご遠慮なく相談下さい。

(2)サービス提供について

☆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いたします。

(4)受給者証の確認(契約書第3条参照)

「住所」及び「利用者負担額」、「支給量」など「受給者証」の記載内容に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下さい。また、担当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きます場合には、ご提示くださいます様、お願いします。

(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、書類の預り
- 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
- 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

(6)緊急時の対応

ホームヘルパーが訪問中に利用者の体調が急変した場合、救急車を呼ぶことや医療機関を受診することがあります。その際、医師や救急隊員の判断で救急病院等に搬送する場合もございます。その際、ご家族への連絡が後になる場合もあります。緊急時につきご理解下さい。

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下さい。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(契約書第9条参照)

本事業所では、関係法令(及び阿蘇市社会福祉協議会個人情報保護規定)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。)

9. 事故発生時の対応について(契約書第9条参照)

利用者に対する同行援護の提供により事故が発生した場合は、県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する同行援護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

10. 損害賠償保険への加入(契約書第9条参照)

本事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名： 全国社会福祉協議会

保 險 名： 社協の保険

補償の概要： 社協が居宅介護支援事業業務(ケアマネジメン業務)の遂行に伴い、要介護者等の

第三者に対して経済的損害を与え、社協およびその役員・職員が法律上の賠償責任を負った場合。

11. 苦情等の受付について(契約書第 14 条参照)

(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(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以下専用窓口で受け付けます。

○お客様相談係<苦情受付窓口> [職名] 事業所管理者 吉良清美

○受付時間 毎週 月曜日～金曜日 8時30分～ 17時15分

<苦情受付担当者 [職名] 在宅福祉課 課長 佐藤 福美>

(2) 第三者委員

本事業所では、地域にお住まいの以下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おります。利用者は、本事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

<第三者委員>

名 前	連 絡 先

(3) 行政機関その他苦情受付機関

阿蘇市役所 課	所在地：阿蘇市一の宮町宮地 504 番地 1 電話番号：0967-22-3111 FAX：0967-22-4577 受付時間：午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで
熊本県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地：熊本県熊本市南千反畑町 3-7 電話番号：096-324-5472 FAX：096-324-5440 受付時間：午前 9 時から午後 5 時まで

12. 第三者評価について

第三者評価の実施の有無 無

令和 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。

管理者名 吉 良 清 美

説明者職名 サービス提供責任者 説明者氏名 ⑩

私は、本所面に基づいて事業所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 ⑩

代理人 住 所

(選任した場合)

氏 名 ⑩

個人情報に関する同意書

居宅介護サービスの業務上知り得た私並びに私の家族等の個人情報を、担当者会議又は地域ケア会議にて、正当な理由がある場合に限りその情報を用いること及び必要な情報を収集することに同意します。

利用者 住 所

氏 名 ⑩

代理人 住 所

(選任した場合)

氏 名 ⑩

ご家族 住 所

氏 名 ⑩

※この重要事項説明は、厚生労働省令第56号（平成18年 3月29日） 第38条の規定に基づき、利用申込者はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

☆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して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した場合は、あらかじ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利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。

☆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、お客様相談窓口等にご遠慮なく相談下さい。