

ホームヘルプサービス重要事項説明書

＜令和6年10月1日現在＞

1 事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 0193-64-5053 (受付時間 午前8:30～午後5:00まで※元日を除く)

担当： _____ です。

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 事業所の概要

(1) 事業所の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	宮古市社会福祉協議会ホームヘルプサービスセンター
所在地	岩手県宮古市小山田二丁目9番20号
介護保険指定番号	指定介護予防・日常生活支援総合事業(0370200073)
サービスを提供する地域*	宮古市内

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 事業所の職員体制(介護予防訪問介護サービス及び訪問介護サービス)

	資格	常勤	非常勤	計	業務内容
管理者兼サービス提供責任者	介護福祉士	1名(0名)	0名(0名)	1名(0名)	事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行う
サービス提供責任者	介護福祉士	3名(0名)	0名(0名)	3名(0名)	サービスの利用申込みに係る調整、利用者の生活相談、面接、身上調査並びにサービス提供の企画、実施に関すること及び従事者に対する技術指導、訪問介護計画の作成等を行う
ヘルパー	介護福祉士	3名(0名)	14名(0名)	17名(0名)	介護職員は、利用者への介護、援助に従事する
	介護職員実務者研修課程修了者	0名(0名)	0名(0名)	0名(0名)	
	介護職員初任者研修課程修了者	0名(0名)	7名(0名)	7名(0名)	
その他		1名(0名)	0名(0名)	1名(0名)	事務員(事務局職員)

() 内は男性再掲

(3) サービスの提供時間帯

	通常時間帯	早 朝	夜 間	深 夜	備考
	8:00～18:00	6:00～ 8:00	18:00～21:00	21:00～ 6:00	
平日	○	○	○	×	
土・日・祝祭日	○	○	○	×	

※時間帯により料金が異なります。

(4) 事業所の指定内容等

事業所の窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・宮古市社会福祉協議会ホームヘルプサービスセンター 〒027-0038 宮古市小山田二丁目9-20 (TEL0193-64-5053) ・宮古市社会福祉協議会新里センター訪問介護サテライトセンター 〒028-2101 宮古市茂市1-115-4 (TEL0193-72-3437) ・宮古市社会福祉協議会かわいホームヘルパー事業所 〒028-2302 宮古市川井2-165 (TEL0193-76-2575) 		
サービス区分	身体介護、生活援助	特別地域加算	なし
サービス提供地域	宮古市内 ※市外の方のサービス利用については、ご相談ください。		

3 提供するサービス内容

(1) 身体介護

・食事介助	準備、摂食介助、後始末等
・入浴介助	浴室誘導、洗身、入浴後の後始末等
・排泄介助	トイレ誘導、おむつ交換等
・体位変換等	関節の拘縮、肺炎、床ずれ防止等

(2) 生活援助

・買物	日常生活用品、食料品等
・調理	おかず中心（時間内で調理できるもの）
・掃除	主に使用している居室を中心に行います。（トイレ浴室等含む）
・洗濯等	利用者ご本人の分

※生活援助サービスは、例えば利用者が行う調理や掃除等をヘルパーが見守りながら一緒に行うなど、利用者の自立支援の観点からできる限り自ら家事等を行うことができるよう支援いたします。

☆ サービスの実施頻度は、介護予防ケアプランにおいて、以下の支給区分が位置づけられ、1週間あたりのサービス提供頻度が示されます。これを踏まえ、訪問介護計画において具体的な実施日、1回あたりの時間数や実施内容等を定めます。

支給区分	1週間あたりのサービス提供回数
訪問型独自サービスⅠ	週1回程度、月4回を原則

☆ ご利用者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日、時間等は、介護予防ケアプランがある場合には、それを踏まえた訪問介護計画に定められます。ただし、利用者の状態の変化、介護予防ケアプランに位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

☆ ご利用者の状態の変化等により、サービス提供量が、訪問介護計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者と調整の上、介護予防ケアプランの変更又は要支援認定の変更、要介護認定の申請の援助等必要な支援を行います。

(3) その他のサービス

・介護相談等	介護の方法、生活全般にわたる相談等
--------	-------------------

4 利用料金

＜サービス利用料金＞

☆ 基本利用料金は以下とおりとなります。自己負担額は原則として負担割合証に応じた基本利用料金の1割、2割、3割となります。

支給区分	訪問型独自サービスⅠ(週1回程度、月4回を原則)	
1 基本利用料金	11,760円	
2 うち、宮古市から 給付される額	1割	10,584円
	2割	9,408円
	3割	8,232円
3 サービス利用に かかる自己負担額 (1-2)	1割	1,176円
	2割	2,352円
	3割	3,528円

☆ このサービスの契約開始を事由として、契約日を起算日として以下に該当するような場合について日割り計算を行います(1日につき39単位)。ただし、当該契約月にサービス利用がなく、翌月からサービス利用を開始した場合、当該契約月については日割り計算をすることなく、翌月の初日(1日)を起算日として利用料を計算します。

- ・月の途中で契約し同月にサービスの利用を開始した場合
- ・月の途中で契約解除又はサービスの利用を終了した場合
- ・同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
- ・月の途中で要支援度が変更となった場合

☆ 新規に訪問介護計画を策定した利用者に、サービス提供責任者が初回訪問した月に訪問型独自サービス初回加算200単位(1割の方)、400単位(2割の方)、600単位(3割の方)が加算となります。

☆ 利用者に対して、訪問リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問した際にサービス提供責任者が同行する等により、当該理学療法士等と利用者の身体の状況等の評価を共同して行い、かつ、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成した場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合についても、訪問型独自サービス生活機能向上連携加算Ⅱとして200単位(1割の方)、400単位(2割の方)、600単位(3割)が加算となります。

☆ 訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅳ(所定単位数の14.5%)が加算となります(介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質向上等の取組みを行う事業所に認められる加算)。

(2) 交通費

- ・サービス提供地域内にお住まいの方は、サービス提供場所までの交通費は無料です。
- ・それ以外の地域の方は、ホームヘルパーがおたずねするための交通費の実費が必要

です。

(3) 利用料の支払方法

- ① 毎月、15日までに前月分の利用料を請求いたしますので、請求月の末日までにお支払ください。
- ② お支払方法は、現金、銀行振込、引落とし（ゆうちょ銀行・JA新いわて）の中からご契約の際にお選びいただけます。
- ③ 銀行振込の方は、請求書と一緒にお届けします振込用紙で、宮古信用金庫本・支店から振り込みいただきますと振込手数料が無料となります。
- ④ 口座引落しは、株式会社ゆうちょ銀行・JA新いわてに口座をお持ちの方がご利用になれます。毎月24日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に引落しいたしますので、前日までにお支払額を口座にご準備ください。

(4) その他

利用者の住まいで、サービスを提供するために必要な、水道、ガス、電気、電話等の費用は利用者のご負担になります。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ① 事業所と契約を結び、介護予防訪問介護計画を作成の上、サービス提供を開始いたします。
- ② 介護予防支援事業者に介護予防ケアプランの作成を依頼している場合は、事前にホームヘルプサービス利用についてご相談ください。
- ③ 契約後もサービス内容を変更できますので、お気軽に担当にご相談ください。

(2) サービスの終了

- ① 利用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1週間前までに文書でお申し出ください。
なお、文書は事業所に用意してありますので、必要なおし付けください。
- ② 事業所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ございます。その場合は、終了1か月前までに文書で通知いたします。
- ③ 自動終了
以下の場合は双方の文書がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
 - ・利用者が入院してから6か月を経過した場合
 - ・介護予防小規模多機能型居宅介護等登録制サービスを利用することとなった場合
 - ・利用者の要介護又は要支援認定区分が要介護又は自立と認定された場合
 - ・利用者がお亡くなりになった場合や被保険者資格を喪失した場合※確認のため電話等にてご連絡をお願いします。

④ その他

- ・事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やその家族等に対して社会通念を逸脱する行為をとった場合、又は事業所が倒産した場合、利用者は文書で解約を通知することによってすぐにサービスを終了することができます。
- ・利用者が、利用料の支払を3か月以上遅延し、利用料を支払うよう催告したにもかかわらず14日以内にお支払がない場合、又は利用者やご家族などが事業所や事業所のサービス従事者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、すぐにサービスを終了させていただく場合がございます。

6 事業所のホームヘルプサービスの特徴等

(1) 運営の方針

宮古市社会福祉協議会ホームヘルプサービスセンターは、住み慣れた居宅で暮らし、地域とのかかわりを持ちながら生活を続けたいと願う在宅で介護が必要な方々の自立の支援と健康を保つための事業等を展開し、運営する他の在宅サービス事業等や保健・医療・福祉等の地域ネットワークと連携を保ちながら、地域に密着した介護サービスの充実と介護保険等に関する情報提供に努め、広く利用者のニーズに即したサービス提供を行います。

(2) サービス利用のために

事項	有無	備考
ホームヘルパーの交代制	有	事業所の都合により変更することがあります。
男性ヘルパーの有無	無	0名
従業員への研修の実施	有	毎月1回 所内研修を実施しています。
サービスマニュアルの作成	有	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護サービスマニュアル ・感染症予防マニュアル ・緊急時対応マニュアル ・車輜運行時事故対応マニュアル
個人情報の使用同意書	有	契約書による。(第12条第3項)

7 緊急時の対応

サービスの提供中に利用者の容体に変化等があった場合には、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、介護予防支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

8 感染症について

当事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を開催し、その結果について、訪問介護従事者に周知いたします。

9 非常災害対策について

当事業所は、サービス実施中に非常災害、その他緊急の事態が発生した場合、利用者の避難や協力機関等との連携を密にし、適切な対応をいたします。

10 虐待防止について

当事業所は、利用者等の人権擁護、虐待の防止等のために次の措置を講じています。

虐待防止に関する責任者 宮古市社会福祉協議会事務局長 有原 領一

11 サービス内容に関する相談・苦情

(1) 事業所利用者相談・苦情担当

事業所のホームヘルプサービス等に関するご相談・苦情及び提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

① 宮古市社会福祉協議会苦情解決責任者	事務局長 有原 領一
電話	0193-64-5050
受付時間	月～金曜日 午前8:30～午後5:00まで
② 苦情受付担当者	在宅福祉課長 伊藤 直子
電話	0193-64-5050
受付時間	月～金曜日 午前8:30～午後5:00まで

(2) その他の相談・苦情受付窓口

事業所以外に、次の窓口にご相談・苦情を伝えることができます。

① 宮古市社会福祉協議会「苦情解決」第三者委員	
委員氏名 高橋 智 (障害者)	連絡先 0193-72-3181
委員氏名 中嶋 隆子 (民生委員)	連絡先 0193-87-2608
委員氏名 袈岩 昭雄 (高齢者)	連絡先 0193-72-3157
委員氏名 赤沼 洋子 (女性)	連絡先 0193-87-3072
委員氏名 眞館カツ子 (その他)	連絡先 0193-78-2656
② 市町村 ※宮古市介護保険課	連絡先 0193-62-2111
③ 岩手県国民健康保険団体連合会	連絡先 019-623-4325
④ 岩手県福祉サービス運営適正化委員会	連絡先 019-637-8871

12 法人の概要

名称・法人の種別	宮古市社会福祉協議会（社会福祉法人）	
代表者役職・氏名	会長 伊藤健二	
法人所在地	岩手県宮古市小山田二丁目9番20号	
電話番号	0193-64-5050	
事業所数等	居宅介護支援事業所	3か所
	訪問介護事業所	2か所
	通所介護事業所	3か所
	訪問入浴介護事業所	1か所
	短期入所生活介護事業	1か所

ホームヘルプサービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

【事業者】所在地 岩手県宮古市小山田二丁目9番20号
名称 宮古市社会福祉協議会

会長 伊藤健二 印

【事業所】所在地 岩手県宮古市小山田二丁目9番20号
説明者 所属 宮古市社会福祉協議会ホームヘルプサービスセンター

氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業所からホームヘルプサービスについての重要事項の説明を受けました。

【利用者】被保険者番号 _____

住所

氏名 _____ 印

(代理人) 住所

氏名 _____ 印

(立会人) 住所

氏名 _____ 印