

## 「同行援護介護サービス」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、事業所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。

※ 当事業所では、利用者に対して障害者総合支援法に基づく同行援護を提供します。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 .....               | 2  |
| 2. 事業所の概要.....             | 2  |
| 3. 事業実施地域.....             | 2  |
| 4. 営業時間 .....              | 3  |
| 5. 職員の体制 .....             | 3  |
| 6. 当事業所が提供するサービスと利用料金..... | 3  |
| 7. サービスの利用に関する留意事項.....    | 8  |
| 8. 感染症対策の強化.....           | 9  |
| 9. 業務継続に向けた取組の強化.....      | 9  |
| 10. 虐待防止のための措置について.....    | 9  |
| 11. 身体拘束について.....          | 10 |
| 12. サービス実施の記録について.....     | 10 |
| 13. 事故発生時の対応.....          | 10 |
| 14. 苦情の受付について.....         | 11 |
| 15. 第三者評価の実施状況について.....    | 11 |

社会福祉法人愛南町社会福祉協議会  
(愛南町社協居宅介護事業所)  
当事業所は県の指定を受けています。  
(愛媛県指定 第 3814000067 号)

## 1. 事業者

|       |                           |
|-------|---------------------------|
| 名 称   | 社会福祉法人 愛南町社会福祉協議会         |
| 所在地   | 愛媛県南宇和郡愛南町御荘菊川 1 1 5 7 番地 |
| 電話番号  | 0 8 9 5 - 7 3 - 7 7 7 7   |
| 代表者氏名 | 会 長 那 須 英 治               |
| 設立年月  | 平成 1 6 年 1 0 月 1 日        |

## 2. 事業所の概要

|                |                                                                                                                         |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所の種類         | 指定居宅介護事業所・平成 2 4 年 1 0 月 1 日<br>指定愛媛県 3 8 1 4 0 0 0 0 6 7 号                                                             |
| 事業の目的          | 同行援護事業の適正な運営を確保する為に必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、同行援護の円滑な運営管理を図るとともに、利用者及び障害児の意思及び人格を尊重し、利用者及び障害児の立場に立った適切な同行援護の提供を確保することを目標とする。 |
| 事業所の名称         | 愛南町社協居宅介護事業所<br>愛南町社協居宅介護事業所一本松出張所                                                                                      |
| 事業所の所在地        | 愛媛県南宇和郡愛南町御荘菊川 1157 番地<br>愛媛県南宇和郡愛南町一本松 5049 番地 1                                                                       |
| 電話番号           | 0 8 9 5 - 7 3 - 7 7 7 2                                                                                                 |
| 管理者氏名          | 水野 幹恵 (専任・兼任)                                                                                                           |
| 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、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て、入浴、排せつ及び食事等の介護及び調理、洗濯及び掃除等の家事並びにこれらに付随する生活等に関する相談等を適切に行うものとする。   |
| 開設年月           | 平成 1 8 年 1 0 月 1 日                                                                                                      |
| 事業所が行なっている他の業務 | 指定訪問介護 平成 16 年 10 月 1 日指定<br>国基準・基準緩和訪問型 平成 30 年 4 月 1 日指定<br>愛媛県 3874000437 号<br>地域生活支援事業（移動支援事業・訪問入浴事業）の委託事業          |

## 3. 事業実施地域

|       |
|-------|
| 愛南町全域 |
|-------|

#### 4. 営業時間

|           |                                       |
|-----------|---------------------------------------|
| 営業日       | 月～金 但し、祝日及び 12 月 29 日から 1 月 3 日までを除く。 |
| 受付時間      | 月～金 8 時 3 0 分～ 1 7 時 1 5 分            |
| サービス提供時間帯 | 月～金 8 時 3 0 分～ 1 7 時 1 5 分            |

※上記の営業日・サービス提供時間のほか、必要な場合は、要望に応じ対応する。

#### 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. 管理者                   | (1) |     |      | 1 名    |       |
| 2. サービス提供責任者             | 2   |     | 2. 0 | 2. 0 名 |       |
| 3. 同行援護従事者（ガイドヘルパー）      | 6   | 2   | 7. 0 | 3. 0 名 |       |
| (1) 同行援護従事者養成研修（応用課程）修了者 | 3   |     |      |        |       |
| (2) 同行援護従事者養成研修（一般課程）修了者 | 3   | 2   |      |        |       |

当事業所では、利用者に対して同行援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。

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。（例）週 8 時間勤務の職員が 5 名いる場合、常勤換算では、1 名（8 時間×5 名÷40 時間＝1 名）となります。

#### 6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

##### （1）「同行援護計画」とサービス内容（契約書第 3 条・第 4 条参照）

当事業所では、下記のサービス内容から同行援護計画を定めて、サービスを提供します。「同行援護計画」は、市町村が決定した「支給量」と利用者の意向や心身の状況を踏まえて、具体的なサービス内容や利用者に対するサービス実施日などを記載しています。「同行援護計画」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、写しを利用者に交付します。また、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＞

##### 同行援護

外出時において当該利用者等に同行し、以下の支援を行う。

- 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護
- 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
- ④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。

官公庁や銀行等の公共機関への用務など社会生活上不可欠な外出及び余暇活動等社会参加のための外出の援助を行います。

※ 1日の範囲内で用務を終えるものを原則とし、通勤、営業活動等の経済活動に係る外出、通年かつ長期にわたる外出の介助はいたしません。

## （２）利用者負担額（契約書第５条参照）

上記サービスの利用に対しては、通常９割が介護給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費を代理受領する場合には、利用者は、利用者負担分としてサービス料金の１割（定率負担）を事業者にお支払いいただきます。６頁に記載する個別減免が適用される場合には、減免後の金額となります。

### ＜２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。

### ＜利用者負担額の上限等について＞

- 介護給付費対象のサービスの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。

### ＜償還払い＞

- 事業者が介護給付費額の代理受領を行わない場合は、介護給付費基準額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介護給付費が支給されます。）

## （３）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。（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公共交通機関の交通費などが必要な場合、その実費をいただきます。(サービスご利用時にその都度ご負担いただきます。)

## ＜サービス利用料金＞

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）をお支払いいただきます。

|          | サービスに要する時間            | 30分未満  | 30分以上<br>1時間未満 | 1時間以上<br>1時間半未満 | 1時間半以上 |
|----------|-----------------------|--------|----------------|-----------------|--------|
| 令和3年4月以降 | 7.利用料金                | 1,910円 | 3,020円         | 4,360円          | 5,010円 |
|          | 8.介護給付費から給付される金額      | 1,719円 | 2,718円         | 3,924円          | 4,509円 |
|          | 9.サービス利用に係る自己負担金（7-8） | 191円   | 302円           | 436円            | 501円   |

※501単位に30分を増すごとに66単位が加算されます

※障害支援区分4以上の利用者を支援した場合100分の40に相当する単位数を所定単位数に加算する。また、障害支援区分3以上の利用者を支援した場合100分の20に相当する単位数を所定単位数に加算する。

## ＜利用者負担について＞

### I.〔利用者負担に関する月額上限〕

※低所得（市町村民税非課税）の障害者等につき福祉サービス及び補装具に係る利用者負担を無料化（平成22年4月1日施行）

| 区分   | 世帯の収入状況                                                                              | 1ヶ月あたりの負担上減額 |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 生活保護 | 生活保護受給世帯                                                                             | 0円           |
| 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           |
| 低所得2 | 市町村民税非課税世帯<br>例) 3人世帯で障害基礎年金1級受給の場合、概ね300万円以下の収入<br>例) 単身世帯で障害基礎年金以外の収入が概ね125万円以下の収入 | 0円           |

|                               |             |          |
|-------------------------------|-------------|----------|
| 一 般<br>(障害者)<br>市町村民税<br>課税世帯 | 所得割 16 万円未満 | 9,300 円  |
|                               | 所得割 16 万円以上 | 37,200 円 |
| 一 般<br>(障害児)<br>市町村民税<br>課税世帯 | 所得割 28 万円未満 | 4,600 円  |
|                               | 所得割 28 万円以上 | 37,200 円 |

○所得を判定する際の世帯の範囲は、次のとおりです。

| 種 別                                | 世帯の範囲             |
|------------------------------------|-------------------|
| 18 歳以上の障害者<br>(施設に入所する 18,19 歳を除く) | 障害のある方とその配偶者      |
| 障害児<br>(施設に入所する 18,19 歳を含む)        | 保護者の属する住民基本台帳での世帯 |

Ⅱ.【通所施設（事業）、ホームヘルプを利用する場合、負担上限月額は約 8 分の 1 になります。】

○ 通所施設（事業）、ホームヘルプを利用する場合、資産が一定以下※であれば、負担上限月額の軽減の対象になります。

（平成 21 年 7 月から資産要件は廃止されます）

○ 通所施設（事業）を利用する場合には、低所得 2 であっても 1,500 円（低所得 1 の額）となります。

＜障害者＞通所施設、ホームヘルプ利用の場合

| 区 分                              | 月額負担上限額                                            |
|----------------------------------|----------------------------------------------------|
| 低所得 1                            | 1,500 円                                            |
| 低所得 2                            | 3,000 円<br>(通所施設のみ、もしくは通所施設と短期入所<br>利用の場合、1,500 円) |
| 市町村民税課税世帯<br>(所得割 16 万 (注 1) 未満) | 9,300 円                                            |

※ 負担上限月額の軽減の対象となる資産の状況 (注 2)

|        | 預貯金等の額     |
|--------|------------|
| 単身世帯   | 500 万円以下   |
| 配偶者と同居 | 1,000 万円以下 |

(注 1) 収入が概ね 600 万以下の世帯が対象になります。

(注 2) 預貯金の中から、一定の要件を満たす信託、個人年金等は除かれます。(平成 21 年 7 月から資産要件は廃止となります)

※利用者負担上限額につきましては、障害福祉サービス受給者証に記載されています。

#### （４）利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法（契約書第５条参照）

前記（２）、及び（３）の①の料金・費用は、１か月ごとに計算しご請求しますので、以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（１か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。）

ア．金融機関口座からの自動引き落とし（翌月２５日引落とし、休日の場合は翌営業日）  
イ．指定口座への振り込み（翌月末日までに振込み）  
ウ．窓口での現金支払（翌月末日までに支払）  
ご利用できる金融機関：えひめ南農協・ゆうちょ銀行・伊予銀行

#### （５）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、同行援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の実施日の前日 17 時までには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、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 | 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もできます。

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いたします。

#### （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、原則として事前にご説明します。

#### （７）初回加算

新規に同行援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月内に、サービス提供責任者が、自ら訪問を行う場合又は他の訪問介護員が訪問を行う際に同行した場合。

当事業所より過去二か月にサービスの提供を受けていない場合。

200単位

#### （８）特別地域加算

厚生労働大臣が定める地域に住んでいる利用者に対して、指定同行援護等を行った場合に 1 回につき所定単位数の 100分の15 に相当する単位数を所定単位数に加算いたします。

## **（９）福祉・介護職員等処遇改善加算**

福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅴ（11）

総単位数に同行援護サービス加算（22.8パーセント）を乗じた単位数を加算いたします。

## **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替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替する場合は、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ください。

### **（２）サービス提供について**

- ☆ サービスは、「同行援護計画」にもとづいて行います。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があり同行援護計画で予定されていたサービスの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ください。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. 感染症対策の強化

感染症の予防及びまん延防止のための訓練、対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について従業者に対して周知させる。また、指針を整備する。

## 9. 業務継続に向けた 取組の強化

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を 継続的に実施するための、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定した上で、従業者に対して周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施する。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行う。

## 10. 虐待の防止のための措置に関する事項

虐待の発生又はその再発を防止するための対策を検討する委員会を設置し定期的開催するとともにその結果を従業者に周知徹底を図る。また、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。これらを適切に実施するために担当者を配置する等の必要な体制整備を行う。

＜虐待の防止に関する責任者＞

管理者 水野 幹恵

## 1 1. 身体拘束等の禁止

事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者又その家族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き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行わない。また、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録する。身体拘束等の適正化を図るため指針を整備し、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を従業者に周知徹底を図る。また、従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。

## 1 2. 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お申し出ください。なお、同行援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8条参照）

本事業所では、関係法令（及び愛南町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。）

## 1 3. 事故発生時の対応（契約書第9条参照）

本事業所においては利用者に対する指定同行援護の提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村及び利用者の家族等に対して連絡を行なうなど適切な対応を行います。また、利用者に対する指定同行援護の提供により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ないます。

※事故発生時の対応につきましては 別紙“訪問先における緊急時及び事故発生時の対応について”を参照

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

|       |               |
|-------|---------------|
| 保険会社名 | 株式会社 福祉保険サービス |
| 保険名   | 社協の保険         |
| 補償の概要 | 社協総合補償プラン     |
|       | 対人・対物3千万円     |

#### 14. 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の専用窓口で受け付けます。

お客様相談係＜苦情受付窓口・苦情解決責任者＞

管理者・ 水野 幹恵

受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：15

##### （2）行政機関その他苦情受付機関

|                          |      |                                   |
|--------------------------|------|-----------------------------------|
| 愛南町役場 保健福祉課              | 所在地  | 南宇和郡愛南町城辺甲2420番地                  |
|                          | 電話番号 | 72-1212・FAX 72-1215               |
|                          | 受付時間 | 8時30分～17時15分                      |
| 愛媛県社会福祉協議会<br>（運営適正化委員会） | 所在地  | 松山市持田町三丁目8番15号                    |
|                          | 電話番号 | (089) 998-3477・FAX 089 (921) 8939 |
|                          | 受付時間 | 10時00分～15時00分                     |

#### 15. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

|             |             |
|-------------|-------------|
| 実施の有無       | 有・ <b>無</b> |
| 実施した直近の年月日  | 年 月 日       |
| 実施した評価機関の名称 |             |
| 評価結果の開示状況   |             |



## 個人情報保護に関する取り扱い

社会福祉法人 愛南町社会福祉協議会では、居宅介護支援事業、訪問介護・訪問入浴介護・指定通所介護事業、計画相談支援事業、障害福祉サービス事業等の各事業において、業務上知り得た全ての個人情報を個人情報保護法ならびに下記のとおり、厳正に取り扱ってまいります。

1. 個人情報は明示された目的のためにのみ使用します

個人情報の利用については、契約時に同意していただいた目的にのみ使用するものとし、それ以外の目的で利用する場合は、あらかじめ同意を得るものとします。

2. 個人情報は第三者に提供いたしません

個人情報は、ご本人の承諾なしに、第三者に提供することはありません。

3. 個人情報の安全管理について

皆様からお預かりした個人情報について、漏洩、滅失または毀損を防止するために、セキュリティシステムの導入等により、安全管理対策を実施いたします。

4. 個人情報の取り扱いにおける適用の除外について

皆様の個人情報は上記のとおり取り扱いますが、次のいずれかに該当するときは、上記の取り扱いを適用しない場合があります。

(1) 法令に定めがあり、個人の情報開示が義務付けられる時。

(2) 本人又は第三者の生命、身体または財産の保護のために必要がある場合であって、緊急かつやむを得ない時。

5. お問い合わせについて

個人情報の取り扱いに関してご質問がある場合は、事務担当までご連絡下さい。

社会福祉法人 愛南町社会福祉協議会

会 長 那 須 英 治

## 個人情報使用同意書

私及び家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### 記

#### 1 使用する目的

- (1) 利用者のための居宅サービス計画、訪問介護計画、訪問入浴介護計画、通所介護計画、サービス等利用計画、または居宅介護計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議等において必要な場合
- (2) 利用者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合
- (3) 実習の受け入れに協力する場合

#### 2 条 件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

令和 年 月 日

愛南町社会福祉協議会

会 長 那 須 英 治 様

【利用者】 住 所 愛南町

氏 名 ⑩

【家族代表者】 住 所

氏 名 ⑩

(続柄 )

【代理人】 住 所

氏 名 ⑩

(続柄 )

## 緊急時の対応

★ 同行援護サービスを提供するにあたり、緊急時に適切に対応するために次の基本事項に留意しましょう。

### ■ 利用者の身体に異常があった時

- ① 利用者におきがちな緊急事態とその対応について、かかりつけ医からあらかじめ助言を得ておきます。
- ② 日ごろから救急箱などの所在、かかりつけ医、家族の連絡先、連絡方法を確認しておきます。（電話機のそば等目立つところに緊急連絡先を明示しておきます。利用者の住所、電話番号を把握しておく。）
- ③ あわてず落ち着いて状況を確認し、何が起こったのかを正確に把握します。
- ④ かかりつけ医に連絡する場合は、利用者の状態をありのまま報告し、指示をあおぎます。
- ⑤ かかりつけ医や救急車が到着するまでに行った手当てや利用者の経過などはキチンと担当医に報告します。
- ⑥ 事業所に報告し、次の訪問に差し支える場合、代替のヘルパーを手配します。
- ⑦ 事故報告などの記録を残します。

- ・ 緊急電話番号
- ・ 火事や救急
- ・ ヘルパー
- ・ 親類
- ・ かかりつけ医
- ・ 民生委員
- ・ 利用者住所、氏名、電話番号

緊急対応を要する主な例

【死亡発見時】

- ・ 速やかに事業所に連絡し、指示に従うと同時に、かかりつけ医に連絡する。
- ・ 現場をそのままの状態で作保存しておく。

【意識不明時】

- ・ 速やかに消防署に通報すると同時に、かかりつけ医に連絡する。
- ・ 浴槽内で意識が不明になった時は、水を飲ませないために風呂の栓を抜く。

【骨折が疑われる場合】

- ・ どこをどのように打ったとか、どこが痛いか、患部を自分で動かせるか等を聞く。
- ・ 腫れ、変形、皮膚の変色、その部分に触った場合の激痛等を観察する。
- ・ むやみに移乗しない。

【火傷の場合】

- ・ すぐにきれいな水で 30 分程度冷やす。ただし、直接患部に水をかけない。
- ・ 衣服を身に付けている場合には、脱がさずにそのまま冷やす。
- ・ 軟膏などを勝手に湿布せず、医師の診察治療を受ける。

【喉に異物が詰まった場合】

- ・ 異物を取り除くために、指で取り出す、背中をたたく、胸腹部を圧迫する、の 3 つの方法を組み合わせで行ってみる。
- ・ 気道を確保して呼吸の有無を調べ、呼吸がない場合は人口呼吸を行う。心停止の場合は、心臓マッサージをする。
- ・ 掛かりつけ医あるいは消防署に連絡する。



■ 119 番通報の留意点

- ① 訪問先の利用者及び世帯主の氏名、住所をあらかじめ確認しておきます。
- ② 通報の際にはあわてずに落ち着いて話します。
- ③ 119 番に通報してからは、オペレーターの問いかけに従って応えます。

【オペレーターによる「問いかけ」と「答え」の例】

「火事ですか？救急ですか？」→「救急です」

「場所はどこですか？」 →「〇〇市〇〇町××番地です。」

「名前は何ですか？」 →「〇〇××さんです。」

「呼吸はありますか？」 →「あります。」「ありません。」

「あなたはどなたですか？」 →「ヘルパーです。」

【その他問いかけが予想される内容】

- ・ 利用者宅付近の目標物
  - ・ 利用者の状態
  - ・ 使用している電話番号
- (※折り返し電話連絡する場合があるため)

【緊急通報装置が配置されている場合】

- ・ あらかじめ使用方法等を確認しておく。
- (※通報する内容に関しては、119 番通報の際と同様)
- ・ 定期的に電池の交換をする。

■ その他の場合

【器物損壊時】

- ・ 利用者及び家族に誠意を持って謝り、損壊の事実を隠しません。
- ・ 必ず事業所に報告し、ヘルパー一人で解決を図りません。

【交通事故時】

- ・ 移動中に起こした交通事故は、警察や消防へ通報するとともに、事業所に連絡し、事故処理の担当者の指示に従います。

.