

## 「居宅介護サービス」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。

※ 本事業所では、利用者に対して「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」（以下、「障害者総合支援法」という。）に基づく居宅介護を提供します。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.....	2
5. 職員の体制.....	2
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.....	4
8. サービス実施の記録について.....	6
9. 福祉サービスの第三者評価について.....	6
10. 損害賠償保険への加入.....	6
11. 苦情の受付について.....	6

社会医療法人杏嶺会  
ヘルパーステーションやすらぎ  
当事業所は一宮市の指定を受けています。

## 1. 事業者

名称	社会医療法人杏嶺会
所在地	一宮市奥町字下口西89番地の1
電話番号	0586-61-6800
代表者氏名	理事長 上林 弘和
設立年月	昭和63年 4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26年4月1日 愛知県指定 第2312101237号
事業の目的	利用者に対し、適正な指定居宅介護を提供すること
事業所の名称	ヘルパーステーションやすらぎ
事業所の所在地	一宮市奥町字下口西72番地の1
電話番号	0586-80-8008
管理者氏名	田中 亜紀
事業所の運営方針について	支援を必要とする利用者に対し、障害者総合支援法に基づく適正な指定居宅介護を提供する
開設年月	平成26年4月1日
事業所が行っている他の業務	指定訪問介護 平成26年4月1日 愛知県指定 第一号訪問事業 平成26年4月1日 愛知県指定

## 3. 事業実施地域

一宮市内・岐阜県羽島市（正木町・竹鼻町）
----------------------

## 4. 営業時間

営業日	月～金
受付時間	月～金 午前8時30分～午後5時20分
サービス提供時間帯	月～金 午前8時30分～午後5時20分

※営業日以外は必要と認めた場合のみ営業とします。

※ただし、12月30日から1月3日までは休業日とします。

## 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。

### (1) 管理者 1名（常勤）

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業に関する法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。

### (2) サービス提供責任者 3名以上（常勤）

サービス提供責任者は、居宅介護等の計画を作成し、利用者及びその同居の家族にその内容を説明するほか、事業所に対する指定居宅介護の利用の申し込みに係る調整、従業者に対する技術指導等のサービスの内容の管理を行う。

### (3) 従業者 2名以上

従業者は、指定居宅介護等の提供に当たる。

当事業所では、利用者に対して指定訪問介護、指定居宅介護、指定重度訪問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。

## 6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

### (1) 「居宅介護計画」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「居宅介護計画」を定めて、サービスを提供します。

「居宅介護計画」は、一宮市が決定した「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。「居宅介護計画」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>

##### 居宅介護

#### ① 身体介護（ご家庭に訪問し、入浴や排せつ、食事などの介助をします。）

○食事介助・・・食事の介助を行います。

○入浴介助・清拭・洗髪・・・入浴の介助や清拭（身体を拭く）や洗髪などを行います。

○排せつ介助・・・排せつの介助、おむつ交換を行います。

○衣服の着脱の介助・・・衣服の着脱の介助を行います。

○その他日常生活を営むために必要な身体介護を行います。

※医療行為はいたしません。

#### ② 家事援助（ご家庭に訪問し、調理、洗濯、掃除などの生活の援助を行います。）

○調理・・・利用者の食事の用意を行います。

○衣類の洗濯、補修・・・利用者の衣類等の洗濯、補修を行います。

○居室等の掃除、整理整頓・・・利用者の居室の掃除、整理整頓を行います。

○生活必需品の買い物・・・利用者の日常生活に必要な物品の買い物をします。

○その他・・・関係機関への連絡など必要な家事を行います。

※預貯金の引き出しや預け入れは行いません。（預貯金通帳・カードはお預かりできません。）

※利用者以外の方の調理や洗濯、利用者以外の方の居室や庭等の敷地の掃除は原則として行いません。

#### ③ 通院介助（本事業所の従事者が自ら運転して実施する通院等のための乗車又は降車の介助を除く。）

#### 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。

### (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。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。

#### <初回時及び緊急時の対応について>

○サービス提供責任者等が初回時及び緊急時の対応をした場合には、次の加算をいたします。

初回加算 200単位/月

緊急時対応加算 1回につき100単位（月2回まで）

### <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を超えて行う居宅介護に要した交通費は、その実費をいただきます。  
なお、自動車を使用した場合の交通費は1回につき500円の交通費をいただきます。
- 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。)
- ③ 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に基づく指定障害者福祉サービスに該当しないサービスを提供する場合は、別途契約を交わしサービスを提供いたします。

#### **<サービス利用料金>（別表 障害福祉サービス利用料単価表をご参照ください。）**

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。

### <利用者負担の減免について>

#### **〔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、「障害福祉サービス受給者証」に記載された負担上限月額を限度とし、それ以上の負担の必要はありません。

#### **(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、月末締めとして、翌月に口座振替引落としとなります。毎月10日過ぎにサービス利用明細書を発行いたします。

口座からの引き落としが確認できましたら領収書を発行いたします。

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。)

#### **(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、居宅介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午後5時20分までに事業者へ申し出てください。
- 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は取消料はいただきません。
- ④ 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。
- ⑤ 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、原則としてその2か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に十分に配慮します。

☆ 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、「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。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① 医療行為</li><li>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</li><li>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</li><li>④ ご契約者の家族等に対するサービスの提供</li><li>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。）</li><li>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）</li><li>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</li></ul> |
|--|

### (6) 緊急時の対応

訪問時において利用者の体調等が急変した際、主治医又は医療機関に適切に連絡を取り、必要な対応を行います。また事業所ではご本人、家族からの緊急の連絡を下記のとおり受けられるようにしています。

#### ☆緊急時連絡先

月～金 午前8時30分～午後5時20分

0586-80-8008

### (7) 事故発生時の対応

サービス提供に起因する事故が発生した場合は、必要な措置を講じ、速やかにご契約者及びご家族様等に連絡いたします。

### **(8) 虐待防止に関する事項**

事業所は、利用者及び障害児の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、次のとおり措置を講ずるものとする。

- ① 事業所における虐待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。）を定期的に開催するとともに、その結果について、従事者に周知徹底を図る。
- ② 事業所において、従事者に対し、虐待防止のための研修を定期的実施する。
- ③ 前項に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

### **(9) 身体拘束に関する事項**

事業所は、サービスの提供にあたっては、利用者またはほかの利用者の生命及び身体を保護するために緊急その他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。）を行わないものとする。

- ① 事業所は、やむを得ず前項の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など必要な事項を記録するものとする。
- ② 事業所は、身体拘束等の適正化を図るために、次に掲げる措置を講ずるものとする。
  - ・ 身体拘束等の適正化のための指針を整備する。
  - ・ 従業者に対する身体拘束等の適正化のための研修を実施する。
  - ・ 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的な開催及び結果を周知徹底する。

### **(10) 感染症の予防及びまん延防止に関する事項**

事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次のとおり措置を講ずるものとする。

- ① 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（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。）を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底する。
- ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備する。
- ③ 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

### **(11) 業務継続計画の策定等に関する事項**

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定障害福祉サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を講ずるものとする。

- ① 事業所は従業者に対し、業務継続計画について説明、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ものとする。
- ② 事業所は、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ものとする。

## **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ください。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8条参照）**

本事業所では、関係法令（及び社会医療法人杏嶺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. 福祉サービス第三者評価について

実施の有無	なし	実施年月日	実施歴なし
評価機関		評価結果の開示状況	

\* 第三者評価は、福祉サービスを提供する事業者のサービスの質について第三者機関が客観的かつ専門的な立場から評価するものです。

## 10. 損害賠償保険への加入 (契約書第9条参照)

本事業者は、利用者に対するサービスの提供にあたって、事故が発生し、利用者又は家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者に対して損害を賠償します。ただし、事業者に故意・過失がなかった場合はこの限りではありません。

## 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の専用窓口で受け付けます。

○お客様相談係

<苦情受付窓口>

サービス提供責任者 長澤 かおり

<苦情解決責任者>

管理者 田中 亜紀

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時20分

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

一宮市役所 福祉部障害福祉課	所在地 一宮市本町2丁目5番6号 電話番号 (0586) 28-9147 (ダイヤル) F A X (0586) 73-9124 受付時間 午前8時30分～午後5時15分
愛知県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地 名古屋市東区白壁1丁目50番地 電話番号 (052) 212-5515 F A X (052) 212-5514 受付時間 午前9時～午後5時

令和 年 月 日

居宅介護サービスの提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所 一宮市奥町字下口西72番地の1  
ヘルパーステーションやすらぎ  
説明者 管理者 田中 亜紀

私は、本説明書に基づいて、事業所から居宅介護についての重要事項の説明を受けました。  
その内容に同意し、居宅介護サービスを受けます。

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

家族 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 )

利用者は、身体状況により署名できないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって署名を代筆しました。

署名代筆者（利用者との関係 : \_\_\_\_\_ )

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_