

指定障害福祉サービス 重要事項説明書

「ヘルパーステーション とびうめ」

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、ご利用者様に対して障害者総合支援法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.....	3
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.....	4
7. サービスの利用に関する留意事項.....	6
8. サービス実施の記録について.....	7
9. 緊急時対応.....	7
10. 事故発生時の対応.....	8
11. 守秘義務および個人情報の保護に関する対策.....	8
12. 損害賠償保険への加入.....	8
13. 苦情の受付について.....	8

社会医療法人財団 松原愛育会
(事業所名) ヘルパーステーション とびうめ
当事業所は障害福祉サービスの指定を受けています。
(事業所番号 1710103209)

1. 事業者

名 称	社会医療法人財団 松原愛育会
所在地	石川県金沢市石引4丁目3番5号
電話番号	076-231-4138
代表者氏名	理事長 松原 拓郎
設立年月	昭和46年4月1日

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定居宅介護・重度訪問介護事業所・平成22年6月1日指定 ※主たる対象者の届出をしている場合には、対象者区分（身体障害者、知的障害者、障害児、精神障害者）を記載すること。
事業の目的	指定居宅介護・重度訪問介護は、障害者総合支援法及び関係法令に従い、ご利用者様等からの相談に応じ、必要なサービスの提供を行い、併せて関係事業者との連絡調整を行うことによって、ご利用者様にとって必要なサービスを提供することを目的とする。
事業所の名称	ヘルパーステーション とびうめ
事業所の所在地	石川県金沢市飛梅町2番1号
電話番号	076-231-4329
管理者氏名	（管理者） 福久 有香 （専任・兼任）
事業所の運営方針について	① ご利用者様の有する能力や適性に応じた生活が送れるように配慮して行う。 ② ご利用者様の心身の状況やその環境等に応じて、ご利用者様自身の選択に基づき適切なサービスが提供されるよう配慮する。 ③ ご利用者様の意思や人格を尊重し、常にご利用者様の立場にたって、サービスが特定の種類又は特定の事業者に不当に偏ることのないように公平中立に行う。 ④ 常に自ら提供する居宅介護の評価を行い、必要に応じ改善を図る。 ⑤ 事業の運営にあたっては、市町村、障害福祉サービス事業者との連携を図り、必要な資源の改善、開発に努める。
開設年月	平成22年6月1日
事業所が行なっている他の業務	指定訪問介護・指定訪問介護予防 平成21年10月1日指定 事業所番号 1710112846

3 事業実施地域

原則として金沢市とします。

4. 営業時間

営業日	月～日曜日 ただし、年末年始（12月30日～1月3日まで） お盆（8/14～8/16）を除く
受付時間	午前8時30分～午後5時
サービス提供時間帯	午前8時30分～午後5時

○営業日以外及び営業時間外を希望される場合は、ご相談下さい。

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名			1名	業務の一元的な管理
2. サービス提供責任者	1名			1名	居宅介護計画の作成等
3. 居宅介護従事者 （ホームヘルパー）	名	11名		名	居宅介護等の提供
(1) 介護福祉士	名	6名			
(2) 訪問介護養成研修1級 （ヘルパー1級）課程修了者	名	名			
(3) 訪問介護養成研修2級 （ヘルパー2級）課程修了者	名	5名			

当事業所では、ご利用者様に対して指定訪問介護、指定介護予防訪問介護、指定居宅介護、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。

※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

〈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、入浴や排泄、食事などの介助をします。）

○入浴介助・清拭・洗髪…入浴の介助や清拭（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。

○食事介助…食事の介助を行います。

○衣服の着脱の介助…衣服の着脱の介助を行います。

○通院介助…通院の介助を行います。

○その他必要な身体介護を行いません。

※ 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…ご利用者様の食事の用意を行います。

○洗濯…ご利用者様の衣類等の洗濯を行います。

○掃除…ご利用者様の居室の掃除や整理整頓を行います。

○買物…ご利用者様の日常生活に必要な物品の買物を行います。

○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。）

※ ご利用者様以外の方の調理や洗濯、ご利用者様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 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。

・重度訪問介護

重度の肢体不自由者であって常時介護を要する障害者につき、居宅において入浴、排泄及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言、その他の生活全般にわたる援助並びに外出時における移動中の介護を総合的に行います。

（２）利用者負担額（契約書第 6 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、ご利用者様は、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、ご利用者様の同意のもと 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。

＜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、厚生労働大臣が定める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、ご利用者様に「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 6 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。

（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 6 条参照）

前記（２）、及び（３）の①の料金・費用は、１ヶ月ごとに計算し、ご請求いたしますので、翌月２２日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（１ヶ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. 窓口での現金支払
- イ. 下記指定口座への振り込み（※振込み手数料がかかります）
 - ・銀行名：北國銀行 小立野支店
 - ・口座番号：普通預金 083092
 - ・口座名義：社会医療法人財団 松原愛育会 理事長 松原 拓郎
- ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし（２２日に自動的に引き落とされます）
所定用紙(金融機関毎に違います)にご記入の上、職員へお渡し下さい。
※口座引き落としにつきましては、金融機関様の事務手続き処理に１ヶ月程必要となりますので、初回の当月に関しては、口座引き落とし申請日によって手続き処理が間に合わないことがございます。その際は、次月分に合算とさせていただきます。詳細は職員にお問い合わせ下さい。

（５）利用の中止、変更、追加（契約書第 7 条参照）

- ① 利用予定日の前に、ご利用者様の都合により、居宅介護計画等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 30 分までに事業者に出してください。

- 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。但しご利用者の体調不良・緊急な入院等やむをえない場合については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ご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ご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１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、予めご利用者に説明するとともに、ご利用者及びそのご家族様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。
- ☆ 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」等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、ご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、ご利用者の体調等の理由で居宅介護計画等に予定されていたサービス

の実施ができない場合には、ご利用者様の同意を得て、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">① 医療行為② ご利用者様もしくはご家族様等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり③ ご利用者様もしくはそのご家族様等からの金銭又は物品、飲食の授受④ ご契約者様のご家族様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ご利用者様の同意を得てご利用者様と一緒に飲食を行う場合は除きます。）⑥ 身体拘束その他ご利用者様の行動を制限する行為（ご利用者様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 その他ご利用者様もしくはそのご家族様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．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、ご利用者様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、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）ご利用者様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（及び石川県社会福祉協議会個人情報保護規定）に基づいて、ご利用者様の記録や情報を適切に管理し、ご利用者様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、ご利用者様の負担となります。）

９．緊急時対応

サービス提供時にご利用者様の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡等をとるなど必要な措置を講じます。

10. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族様、県、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

11. 守秘義務および個人情報の保護に関する対策

- ① 事業所は、居宅介護等を実施する上で知り得た、ご利用者様又はご家族様に関する事項については、ご利用者様又は第三者の生命・身体などに危険がある場合など、正当な理由がある場合を除いて第三者に提供しません。
- ② 事業所は、その業務に携わる従業者に対して、その業務に従事する際には、正当な理由なく業務上知り得たご利用者様又はご家族様の情報を第三者に提供してはならない旨の文章を取り交わすなど必要な措置を講じます。
- ③ 事業所は、従事者であったものに、業務上知り得たご利用者様又はご家族様の秘密を保持させるため、従事者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨の文章を取り交わすなど、必要な措置を講じます。
- ④ 事業所は、他の居宅サービス事業者などとの連絡調整において、個人情報を関係者へ提供することが必要である場合は、あらかじめご利用者様に対して情報提供の目的と、情報を提供する関係者に関する事項を説明し、書面にてご利用者様の同意を得ます。

12. 損害賠償保険への加入（契約書第 10 条参照）

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	東京海上日動火災保険株式会社
保険名	居宅介護事業者賠償責任
補償の概要	居宅介護事業全般の損害賠償保障

13. 苦情等の受付について（契約書第 15 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

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、ご利用者様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。

○苦情受付窓口	[職名：管理者]	福久 有香
○受付時間	毎週月曜日～金曜日	8：30 ～ 17：00
○電話番号	076-231-4138	
○苦情解決責任者	[職名：管理部長]	高畠 彰

8・虐待防止のための措置に関する事項

事業所は、虐待の防止・早期発見に加え、虐待が発生した場合はその再発を確実に防止するために次の事項を実施します。

1 事業所は虐待等又はセルフネグレクト等の虐待に準ずる事案を発見した場合に通報する等適切な対応を行います。

2 事業所は虐待防止委員会を設置し、専任の責任者と担当者を置き、虐待防止のための指針を整備すると共に、定期的に委員会を開催（月 1 回程度）し、そこで得た結果を従業員に対する研修（年 1 回以上）で全ての従業員へ周知徹底を図ります。

9．ハラスメント対策

事業所は、適切な訪問介護事業の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。又、利用者が職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止する。

10．業務継続計画の策定等

事業所は感染症や非常災害時の発生時において、利用者に対する指定訪問介護事業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じるものとする。

1 事業所は訪問介護員に対し、業務継続計画につい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。

11．身体拘束

事業所は、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束やその他の利用者の行動を制限する行為（以下身体的拘束等とする）は行わない。やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様および時間、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を記録するものとする。

(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います。ご利用者様は、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
清水 美智子	076-231-4139

(3) 行政機関その他苦情受付機関

石川県健康福祉部 障害保健福祉課	所 在 地：金沢市鞍月東1丁目1番1号 電話番号：076-225-1428 F A X：076-225-1429 受付時間：9：00 ～ 17：00
金沢市障害福祉課	所 在 地：金沢市広坂1丁目1番1号 電話番号：076-220-2289 F A X：076-232-0294 受付時間：9：00 ～ 17：00
石川県運営適正化委員会	所 在 地：金沢市本多町3丁目1番10号 石川県社会会館2階 石川県社会福祉協議会内 電 話：076-234-2556 F A X：076-234-2558 受付時間：9：00 ～ 17：00（土日祝日を除く）

同意書

指定障害福祉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。

事業者 所在地 金沢市飛梅町2番1号
事業所名 ヘルパーステーション とびうめ
管理者名 福久 有香
電話番号 076-231-4329

説明者氏名 _____ 印

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、指定障害福祉サービスの提供開始に同意しました。

平成 年 月 日

ご利用者様

住所 _____

氏名 _____ 印

TEL _____

ご家族様（ご利用者様との続柄： ）

住所 _____

氏名 _____ 印

TEL _____

代理人様（ご利用者様との続柄： ）

住所 _____

氏名 _____ 印

TEL _____

緊急連絡先

氏 名	続柄	電話番号	住 所