

指定障害福祉サービス（居宅介護、重度訪問介護、同行援護）重要事項説明書

令和 6 年 4 月 1 日更新

本事業所では、利用者に対して障害者総合支援法に基づく＜居宅介護、重度訪問介護、同行援護＞（以下、「居宅介護等」という。）を提供します。
当サービスの利用は、介護給付費の支給決定を受けた方が対象となります。

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、契約上ご注意くださいことを説明するものです。

1. 事業者

名 称	合同会社 縁
所在地	福岡県糟屋郡須恵町大字須恵 1 9 2 番地 3
電話番号	092-932-5776
代表者氏名	原 志穂
設立年月	令和 3 年 10 月 8 日

2. 事業所の概要

事業所の種別	指定居宅介護・指定重度訪問介護・指定同行援護事業所
事業所の名称	ケアステーションまごころ
事業所の所在地	福岡市東区八田 1 丁目 11 番 19-105 号
電話番号	092-692-2408
管理者氏名	野島 真衣
事業所の運営方針について	運営規程による
開設年月日	令和 4 年 2 月 1 日
営業時間	午前 9 : 00～午後 18 : 00 まで (祝日及び 8 月 13 日～15 日、12 月 29 日～ 1 月 3 日を除く)

3. 主な事業実施地域

福岡市 糟屋郡

4. 営業時間及び緊急時の対応

営 業 日：月曜日から金曜日（※祝日、8月13日から15日、12月29日から1月3日までを除く。）
(利用者からの相談や利用受付等が可能な日)

営 業 時 間：午前9時00分～午後18時00分まで

サービス提供日：月曜日から金曜日（※8月13日から15日、12月29日から1月3日までを除く。）
(計画に基づき指定居宅介護の提供に当たる日)

サービス提供時間帯：午後9時00～午後18時00分まで（※早朝・夜間対応あり。）

【緊急支援可能時間・緊急時対応】

緊急支援可能時間：24時間対応 年中無休 緊急連絡先：070-3338-0897
(※法人内のスタッフ等が直接的又は間接的にバックアップします。)

5. 従業員の配置状況

〈主な従事者の配置状況〉

※従事者の配置については、指定基準を遵守しています。

職種		従事者数	常勤換算	指定基準	職務の内容
1. 管理者		1 人	1 人 (兼務)	1 人	業務の管理を一元的に行い事業運営する。
2. サービス提供責任者 (ホームヘルパー)		2 人	2 人	2.5 人 (2. と 3. の合 計)	居宅介護計画を作成する。申込みに係る調整、サービスの内容の管理等を行う。
3. サービス提供従事者 (ホームヘルパー)		2 人 以上	2 人 以上		居宅介護計画に基づき居宅介護支援サービスの提供に当たる。
	(1)介護福祉士	2 人 以上			
	(2)実務者研修	1			
	(3)初任者研修 (旧ホームヘルパー 2 級)	2			

当事業所では、利用者に対して指定居宅介護等を提供する従事者として、上記の職種の従事者を配置しています。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 「居宅介護等計画」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」、「重度訪問介護計画」「同行援護計画」（以下、「居宅介護等計画」という。）を定めて、サービスを提供します。「居宅介護等計画」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。「居宅介護等計画」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、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		サービス内容
居宅介護	身体介護	<u>対象者：障害支援区分1以上の障害者</u> ご家庭に訪問し、入浴や排せつ、食事などの介助を行います。 ○ 入浴の介助や清拭（体をふく）や洗髪など ○ 排せつの介助、おむつ交換 ○ 食事の介助 ○ 衣服の着脱の介助 ○ その他必要な身体介護（医療行為はできません。）
	家事援助	<u>対象者：障害支援区分1以上の障害者</u> 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。 ○ 利用者の食事の用意 ○ 利用者の衣類等の洗濯 ○ 利用者の居室の掃除や整理整頓 ○ 利用者の日常生活に必要となる物品の買い物 ○ その他関係機関への連絡など必要な家事
	通院等介助 (身体介護を伴う場合)	<u>対象者：障害支援区分2以上で身体介助が必要であると認定されている障害者</u> 通院等の外出のために必要な介助を行います。 ○ 病院へ通院するための介助 ○ 公的手続又は障害福祉サービスの利用に係る相談のために官公署に訪れるための介助
	通院等介助 (身体介護を伴わない場合)	<u>対象者：障害支援区分1以上の障害者</u> (その他同上)
重度訪問介護		<u>対象者：重度の肢体不自由者等であって常時介護を要する障害者居宅において自立した日常生活、社会生活を営むことができるよう援助します。</u> ○ 身体介護、家事援助 ○ 外出時における移動中の介護 ○ 介護等に関する相談・助言その他生活全般にわたる援助
同行援護		<u>対象者：視覚障害により、移動に著しい困難を有する方等（障害支援区分2以上）居宅において自立した日常生活、社会生活を営むことができるよう援助します。</u> ○ 外出時における移動時や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） ○ 外出時における移動時や外出先において必要な移動の援護 ○ 外出時における排泄・食事等の介護のほか外出する際に必要となる援助

（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。次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（居宅介護、短期入所、生活介護など）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った場合には、別途上限管理にかかる費用の給付を代理受領します。（利用者負担は生じません。）

（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、ホームヘルパーの交通費の実費をいただきます。
- ② ホームヘルパーに公共交通機関などの交通費のほか、入場料、利用料等が必要な場合、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 通院等介助と連続して、又は一体として行う介護輸送サービスの運賃及び料金については別に定めます。

<サービス利用料金> 料金表（別表）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。

<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、所得に応じて4区分の月額負担額が設定され、それ以上の負担の必要はありません。
- 軽減措置が講じられる場合は、別途お知らせします。

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 <u>非課税</u> 世帯	0 円
一 般 1	市町村民税課税世帯（収入が概ね 600 万円以下の世帯が対象）	9,300 円
一 般 2	上記以外	18,600 円

（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、翌月10日までに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。）

（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（午後5時）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は、この限りではありません。

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	予定されていた介護給付基本額の1割の金額

- 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。

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、「居宅介護等計画」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。また、清拭タオルについては、利用者が準備するものとします。

(3) サービス内容の変更

訪問時に、利用者の体調等の理由により居宅介護等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」の記載内容の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 医療行為または医療補助行為
- 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
- 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きます。）
- 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) 利用者、及び家族等の禁止行為

利用者及びその家族等は、ホームヘルパーに対する次に該当する行為は許されません。

- ① セクシュアルハラスメント、飲酒の強要、暴力行為、その他迷惑行為
- ② 身体、及び財物の損傷、又は損壊すること

※ 利用者が酒酔い状態の場合は、サービスの提供を行いません。

(7) その他

他者の入室や室内待機によりサービスの妨げになる場合はお断りする場合があります。

8. 感染症対策に関する事項

事業者は、事業所において感染症の発生及びまん延しないように、次の措置を講じるものとする。

- 1 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催及びその結果について従業者への周知
- 2 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備
- 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の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練の定期的な実施

9. 人権の擁護及び虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講ずるものとする。

- (1) 人権の擁護、虐待の防止等に関する責任者の選定及び必要な体制の整備
- (2) 成年後見制度の利用支援
- (3) 苦情解決体制の整備
- (4) 虐待の防止を啓発・普及するための従業員に対する研修の定期的な実施
- (5) 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（テレビ電話装置等の活用可）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者へ周知徹底を図る。
- 2 職員は、利用者に対し、以下のような身体的苦痛を与え、人格を辱める等を行ってはならない。
 - (1) 殴る、蹴る等直接利用者の身体に侵害を与える行為。
 - (2) 合理的な範囲を超えて長時間一定の姿勢をとるよう求める行為及び適切な休憩時間を与えずに長時間作業を継続させる行為。
 - (3) 廊下に出したり、小部屋に閉じ込めるなどして叱ること。
 - (4) 強引に引きずるようにして連れて行く行為。
 - (5) 食事を与えないこと。
 - (6) 利用者の年齢及び健康状態からみて必要と考えられる睡眠時間を与えないこと。
 - (7) 乱暴な言葉使いや利用者をけなす言葉を使って、心理的苦痛を与えること。
 - (8) 性的な嫌がらせをすること。
 - (9) 当該利用者を無視すること。
 - (10) 利用者の言語表現及び行動特徴等を模倣して辱めること。

10. 身体拘束の禁止

事業所は、居宅介護の提供に当たっては、利用者又は他の利用者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。）を行わないものとする。

- 2 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こととする。
- 3 事業者は、身体拘束の適正化を図るため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- (1) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者へ周知徹底を図る。
- (2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備する。
- (3) 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。

11. 業務継続計画の策定

- 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する居宅介護の提供を継続的に実施するため、また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。
- 2 事業所は、従業者に対し、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。
 - 3 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。

12. 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「サービス実施記録票」に記録し、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。）

13. 損害賠償保険への加入（契約書第9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 名 : しせつの損害補償

補償の概要 : 傷害補償・賠償補償・感染症補償

14. 苦情等の受付について（契約書第16条参照）

- (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

	氏名	職名	受付時間	連絡先
苦情受付窓口	原 志穂	代表社員	9:00～18:00 月曜日～金曜日 (※祝日、8月13日～15日、 12月29日～1月3日を除く)	070-3338-0897 092-692-2408
苦情解決責任者	原 志穂	代表社員	9:00～18:00 月曜日～金曜日 (※祝日、8月13日～15日、 12月29日～1月3日を除く)	070-3338-0897 092-692-2408

- (2) 行政機関その他苦情受付機関

支給市町村の障害福祉係	受付時間 月～金曜日 9:00～17:00（祝日、年末年始を除く）
福岡市虐待通報・届出受付 専用ダイヤル	電話番号 (092) 711-4496 （24時間受付） FAX 番号 (092) 738-3382

福岡県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 福岡県春日市原町3丁目1-7 電話番号 (092) 915-3511 F A X 番号 (092) 584-3790 受付時間 月～金曜日 9:00～17:00 (祝日、年末年始を除く)
------------------------	---

令和 年 月 日

指定障害福祉サービス（居宅介護等）の提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所所在地：福岡市東区八田1丁目11番19-105号

法人名：合同会社 縁

代表者名：原 志穂

事業所名：ケアステーションまごころ

管理者名：野島 真衣

説明者：_____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（居宅介護等）の提供及び利用の開始に同意しました。

利用者住所

利用者氏名_____印

保護者氏名_____印

※保護者の欄は利用者が未成年の場合に記入する。

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代筆者住所

代筆者氏名_____印

利用者との（続柄：_____）