

「居宅介護等サービス」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、当施設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に基づく＜居宅介護、重度訪問介護＞(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、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. 事業所
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域
4. 営業時間
5. 職員の体制
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金
7. サービスの利用に関する留意事項
8. サービスの実施の記録について
9. 虐待の防止について
10. 緊急時の対応方法について
11. 身体拘束について
12. 非常災害対策について
13. 衛生管理と感染対策について
14. ハラスメント防止対策について
15. 事故発生時の対応について
16. 苦情の受付について

1. 事業所

名称	株式会社 サン・ルーム
所在地	宮崎県延岡市平田町 2347 番地
電話番号	0982-38-0298
代表者氏名	代表取締役 佐藤 勝造
設立年月	平成8年 8月 1日

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定障害福祉サービス（居宅介護・重度訪問介護）事業所 平成25年9月 1日指定 宮崎県 4512220072
事業の目的	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従い、利用者が居宅において、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、サービスを提供します。
事業所の名称	株式会社サン・ルーム高千穂
事業所の所在地	宮崎県西臼杵郡高千穂町大字三田井 3380 番地 1
電話番号	0982-72-4611
管理者氏名	寺尾 豊子（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出来るようその利用者の身体その他の状況及びそのおかれている環境に応じて適切な援助を行う。
開設年月 事業所が行っている他の業務	平成22年 3月 8日 指定訪問介護 平成22年3月8日指定 宮崎県 4572200238

3. 事業実施地域

日之影町・高千穂町・五ヶ瀬町

4. 営業時間

営業日	月～金
営業時間	8:30～17:30

※ 上記営業日以外のご利用ご希望につきましてはご相談に応じます。

5. 職員の体制

職 種	資 格	常勤	非常勤	計	職 務 内 容
管理者	介護福祉士	1名		1名	従事者及業務の管理
サービス提供 責任者	介護福祉士 介護職員基礎研 修課程修了者	1名 以上		1名 以上	利用申込みに関する調整居宅 介護計画の作成・ホームヘルパ ーに対する技術者指導・居宅介 護等サービスの提供
居宅介護従事者 (ホームヘルパー)	1・2級 課程修了者		1名 以上	1名 以上	居宅介護等サービスの提供

当事業所では、利用者に対して指定訪問介護、指定障害福祉サービス（居宅介護及び重度訪問介護）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」>（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。

<サービス区分及びサービス内容>

I 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。
 - 排泄介助…排泄の介助、おむつ交換を行います。
 - 食事介助…食事の介助をお行います。
 - 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します。
 - 洗濯…利用者の衣類等の洗濯を行います。
 - 掃除…利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。
 - 買い物…利用者の日常生活に必要な物品の買い物をを行います。
 - 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。）

- ※ 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 重度訪問介護（身体介護や家事援助、見守りなどの生活全般を支援します。）
（脳性麻痺などの全身性障害がある方など日常生活全般に常時の支援を要する方を対象としたサービスです。）
身体介護、家事援助、見守り等を行います。具体的な内容は、身体介護、家事援助と同様です。
- 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。

II 外出介護<ガイドヘルプサービス>（通院や外出の介助を行います。）

（視覚障害がある方及び脳性麻痺などの全身性障害がある方など屋外での移動に著しい制限のある方を対象としたサービスです。）

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。

- ※ 特別地域加算対象者として15%加算されます。

- ※ 緊急時対応加算とは…1回につき100単位（月2回まで）

計画にない居宅介護（身体介護中心である場合）を、利用者又は家族等から要請を受けてから24時間以内に行った場合に加算されます。

- ※ 初回加算とは…1月につき200単位

初めて利用される方、または2ヶ月以上前にサービスを受けてない場合に加算されます

- ※ 福祉・介護職員処遇改善加算（II）とは…ひと月のサービス所定単位数に22.4%を乗じた単位数。

<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（ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ）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（月額150円）をお支払いいただきます。

<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、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 通常の事業の実施地域内で行うサービスに要した交通費（自動車を使用した場合は徴収しない。）
- ② 通常の事業の実施地域を越えて行うサービスに要した交通費（自動車を使用した場合は、事業所から1キロメートルにつき20円を徴収する。（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。）
- ③ 「外出介護」や「通院介助」においてホームヘルパーに公共交通機関などの交通費の他、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。）

<サービス利用料金>

厚生労働大臣が定める所定の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。

<利用者負担に関する月額上限>

- 1ヶ月あたりのサービスの自己負担は、所得に応じて次の4区分の負担上限月額が設定され、ひと月に利用した量にかかわらず、それ以上の負担はありません。

区分	世帯の収入状況	負担上限月額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得	市町村民税非課税世帯（注1）	0円
一般1	市町村民税課税世帯（所得割16万円（注2）未満 ※入所施設利用者（20歳以上）、グループホーム利用者を除きます（注3）。	9,300円
一般2	上記以外	37,200円

（注1） 3人世帯で障害者基礎年金1級受給の場合、収入が概ね300万円以下の世帯が対象となります。

（注2） 収入が概ね600万円以下の世帯が対象になります。

（注3） 入所施設利用者（20歳以上）、グループホーム利用者は、市町村民税課税世帯の場合、「一般2」となります。

(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）

前期（2）、及び（3）の②の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20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、現金支払い

イ、金融機関口座からの自動引落とし（毎月20日引落とし）

ご利用できる金融機関：宮崎銀行、宮崎太陽銀行

宮崎県内農協、郵便局

(5) 利用者の中止、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時までに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の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、原則としてその2ヵ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。（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等計画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">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（外出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. 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、サービスの提供ごとに、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、居宅介護等計画及びサービス提供ごとの記録は、サービスの提供日より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。）

9. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者・寺尾豊子
-------------	----------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施します。

10. 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

(1) 利用者のかかりつけ医療機関

医療機関名		診療科	
主治医		電話番号	

(2) 緊急連絡先

連絡先①	氏名	TEL
連絡先②	氏名	TEL

11. 身体拘束について

① 事業所は、身体拘束等の適正化の指針を整備します。

② 事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていく為の取り組みを積極的に行います。

1 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。

2 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。

3 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

③ 身体拘束等の適正化のための従業員に対する研修を定期的に行います

1 2. 非常災害対策

- ① 災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
 - ・防災の対応：消防計画に基づき速やかに消火活動に努めるとともに、避難・誘導 にあたります。
 - ・防災設備：防火管理者を選任し、消火設備、非常放送設備等、必要設備を設けます。
- ② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。
 - ・大地震等の自然災害等、あらゆる不測の事態が発生 しても事業を継続できるよう計画（BCP）を策定し、研修の実施、訓練を定期的に行います。
- ③ 定期的に避難、その他必要な訓練を行います。
 - ・消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、従業者および利用者、地域住民の参加が得られるように連携に努め、消火通報、避難訓練を年間計画で実施します。

1 3. 衛生管理と感染症等

- ① 指定通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- ② 指定通所介護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必要な措置を講じます。
- ③ 食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- ④ 感染対策の指針を整備します。
- ⑤ 感染症発生防止のための委員会及び従業者に対する研修、発生時の訓練を定期的に行います。
- ⑥ 感染症が流行する時期等を起案して必要に応じテレビ電話装置等を活用しサービス担当者会議等を行います。
- ⑦ 厚生労働大臣が定める感染症または食中毒が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。
- ⑧ 感染症のまん延等、あらゆる不測の事態が発生しても事業を継続できるよう計画（BCP）を策定し、研修の実施、訓練を定期的に行います。

1 4. ハラスメント防止対策

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

① 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

- (1) 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
- (2) 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
- (3) 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

②ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。

③職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

④ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置などを講じます。

15. 事故発生時の対応方法について

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

本事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	富士火災海上保険（株）
保険名	介護賠償責任保険
補償の概要	1億／1対物・対人

16. 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門窓口で受け付けます。

○お客様相談係	苦情受付窓口（担当者）	管理者	寺尾 豊子
○受付時間	毎週月曜日～土曜日	8：30～17：30	

（2）行政機関その他苦情受付機関

日之影町保健センター ふれあい館	（住所）宮崎県西臼杵郡日之影町大字七折 9074 番地 3 （電話）0982-73-7533（FAX）0982-73-7543
高千穂町役場 福祉保険課	（住所）宮崎県西臼杵郡高千穂町大字三田井 13 （電話）0982-73-1202（FAX）0982-73-1235
五ヶ瀬町役場 福祉課	（住所）宮崎県西臼杵郡五ヶ瀬町大字三ヶ所 1670 （電話）0982-82-1715（FAX）0982-82-1721
宮崎県福祉サービス （運営適正化委員会）	（所在地）宮崎県宮崎市原町 2 番 22 号 宮崎県福祉総合センター本館 3F （電話）0985-60-0822（FAX）0985-60-0823 （受付時間）月曜～金曜 午前 9 時～午後 5 時 （土・日・祭日・年末年始は除く）

(3) 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
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	

令和 年 月 日

居宅介護等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。

管理者名 寺尾 豊子

説明者職名 サービス提供責任者

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、居宅介護等サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 _____

利用者氏名 _____

代理人住所 _____

代理人氏名 _____