

ヘルパーステーション 笑歩会 保田
居宅介護（共生型サービス）
重要事項説明書



株式会社アコンプリシー

「ヘルパーステーション 笑歩会 保田」

愛媛県宇和島市保田甲 981 番地 1

TEL : 0895-27-1017

FAX : 0895-27-1067

「ヘルパーステーション 笑歩会 保田」
居宅介護（共生型サービス） 重要事項説明書

1、事業の目的

居宅介護（共生型サービス）は、支給決定を受けられた障害者に対し、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）で定めるところの居宅介護（共生型サービス）（以下「サービス」という）を提供致します。居宅介護（共生型サービス）とは、利用者が居宅において入浴、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を行うことを目的とします。

2、運営の方針

サービスの提供にあたっては、事業所の従業者は、利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該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を行う。事業の実施にあたっては、関係市町、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3、事業者の概要

- ・名称・法人種別 株式会社アコンプリシー
- ・代表者氏名 代表取締役 末廣 英誉
- ・主たる事務所の所在地 愛媛県松山市朝生田町 6 丁目 2 番 5 号
- ・電話番号 089-921-0201
- ・FAX番号 089-921-0255

4、事業所の概要

- ・サービスの種類 居宅介護（共生型サービス）
- ・事業所の名称 ヘルパーステーション 笑歩会 保田
- ・事業所番号 3810300727
- ・所在地 愛媛県宇和島市保田甲 981 番地 1
- ・電話番号 0895-27-1017
- ・FAX番号 0895-27-1067
- ・通常の事業の実施地域 宇和島市、北宇和郡鬼北町、北宇和郡松野町、南宇和郡愛南町、大洲市、八幡浜市、西宇和郡伊方町、西予市、喜多郡内子町
- ・主たる対象とする障害の種類 身体障害者
- ・従業者体制

・ 管理者 事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う	1 人（常勤）
・ サービス提供責任者 事業所に対するサービスの利用の申し込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、居宅介護計画の作成等を行う	1 人以上（うち 1 人以上は常勤）
・ 訪問介護員等 サービスの提供に当たる	実人数 3 人以上 （常勤換算方法で 2.5 人以上）

・営業日・営業時間

営 業 日	月曜日 ～ 日曜日
営 業 時 間	8 : 3 0 ～ 1 7 : 3 0
休 業 日	年中無休

※電話等により、24時間常時連絡が可能です。

※居宅介護計画により、営業時間外であってもサービスを提供する場合があります。

5、主となるサービスの内容

(1) 居宅介護

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を行う。

・身体介護

食事介助：食事の介助を行います。

入浴介助：入浴の介助を行います。

排泄介助：排泄の介助・おむつ交換を行います。

体位変換：体位変換を行います。

清 拭：入浴の困難な利用者を対象に、清潔保持のために身体を拭きます。

整容介助：身繕いの介助を行います。

・家事援助

調 理：利用者の食事を用意します。

洗 濯：利用者の衣類などの洗濯を行います。

掃 除：利用者の居室の掃除をします。

買 物：利用者の日常生活必需品の買物をします。

そ の 他：利用者の衣類・寝具の交換・布団干し等を行います。

・通院介助

身体介護を伴う通院介助と家事援助にかかわる通院介助を行います。

※ ただし、通院等介助（身体介護を伴う場合）にあたっては、次のいずれにも該当する場合に限る。

①障害支援区分が2以上に該当していること。

②障害支援区分の認定調査項目のうち、次に掲げる状態のいずれか1つに認定されていること。

(1)「歩行」：「全面的な支援が必要」

(2)「移乗」：「見守り等の支援が必要」、「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」

(3)「移動」：「見守り等の支援が必要」、「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」

(4)「排尿」：「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」

(5)「排便」：「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」

※サービスは利用者を対象としたものに限られ、上記の家事の場合、利用者以外の方のお食事の調理、衣類等の洗濯・買物・利用者が使用する居室等以外の掃除はできません。

※各々のサービス内容やその実施方法等の詳細につきましては、従業者までお気軽にお尋ねください。

(2) 訪問介護員等の選任及び変更

利用者の担当訪問介護員等の選任（担当の変更を含みます）は、事業所が行い、利用者が訪問介護員等を指名することはできません。

利用者が、担当の訪問介護員等の変更を希望する場合には、その変更希望理由を明らかにして、事業所まで申し出てください。

※業務上不適切と判断される事由がなき場合、変更をいたしかねる場合があります。

事業所の都合または利用者からの変更希望により担当の訪問介護員等を変更する場合は、利用者やその家族等に対し、事前に連絡を行うと共に、サービス利用に関する不利益が生じないように十分に配慮いたします。

6、利用料金

(1) 基本料金

①障害福祉サービス 居宅介護

☆下の表は通常時間帯（午前8：00～午後6：00）の場合です。

サービスの内容 1回あたりの所要時間		基本利用料	利用者負担金 (=基本利用料の1割)
通院等介助 身体介護を伴う場合 身体介護中心型	30分未満	2,560円	256円
	30分以上1時間未満	4,040円	404円
	1時間以上1時間30分未満	5,870円	587円
	1時間30分以上2時間未満	6,690円	669円
	2時間以上2時間30分未満	7,540円	754円
	2時間30分以上3時間未満	8,370円	837円
	3時間以上	9,210円に所要時間3時間から計算して所要時間30分増すごとに830円を加算	921円に所要時間3時間から計算して所要時間30分増すごとに83円を加算
家事援助中心型	30分未満	1,060円	106円
	30分以上45分未満	1,530円	153円
	45分以上1時間未満	1,970円	197円
	1時間以上1時間15分未満	2,390円	239円
	1時間15分以上1時間30分未満	2,750円	275円
	1時間30分以上	3,110円に所要時間1時間30分から計算して所要時間15分増すごとに350円を加算	311円に所要時間1時間30分から計算して所要時間15分増すごとに35円を加算
通院等介助中心型 (身体介護を伴わない場合)	30分未満	1,060円	106円
	30分以上1時間未満	1,970円	197円
	1時間以上1時間30分未満	2,750円	275円
	1時間30分以上	3,450円に所要時間1時間30分から計算して所要時間30分増すごとに690円を加算	345円に所要時間1時間30分から計算して所要時間30分増すごとに69円を加算

i. 「身体介護中心型」及び「家事援助中心型」において、利用者の状況等から判断して1人の訪問介護員等の介護が困難と認められる場合、利用者の同意を得て、同時に2人の訪問介護員等がサービス提供した場合は、上記基本利用料の2倍の額となります。また、上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。なお、基本料金は、実際にサービスの提供に要した時間ではなく、居宅介護計画に定められた居宅介護サービスの提供に要する目安の時間を基準とします。

ii. 通常時間帯以外の時間帯にサービスを提供する際には、上記の基本料金に、以下の通り割増されます。

サービス提供時間帯	割増率
早朝（午前6：00～午前8：00）	25%
夜間（午後6：00～午後10：00）	25%
深夜（午後10：00～午前6：00）	50%

iii. 居宅介護事業所と同一敷地内の建物に居住する者又は同一建物に居住する20人以上にサービスを行う場合の減算
以下の通りの料金となります。

算 定 要 件	利用料
居宅介護事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する利用者（利用者数に関係なく）	基本利用料の90%
居宅介護事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する利用者の人数が <u>一月あたり50人以上</u> にサービスを行う場合	基本利用料の85%
<u>上記以外の範囲に所在する建物に居住する利用者の人数が一月あたり20人以上にサービスを行う場合</u>	基本利用料の90%

○加算概要

加 算	利用料		算 定 回 数 等
自 己 負 担 割 合	基本利用料	1 割	
緊急時対応加算	1,000 円	100 円	1 回の要請に対して 1 回 月 2 回が限度
初 回 加 算	2,000 円	200 円	初回のみ

i 緊急時対応加算

居宅介護計画に位置付けられていないサービスを利用者又はその家族等から要請を受けて利用者にかかる介護支援専門員が必要と認めた場合、要請を受けてから24時間以内に行った場合に算定します。

ii 初回加算

新規に居宅介護計画を作成した利用者に対して、初回若しくは初回に実施したサービスと同月内に、サービス提供責任者が、自らサービスを行う場合又は他の従業者がサービスを行う際に同行訪問した場合に算定します。

（2）利用者負担金

障害者総合支援法の適用になる利用者は、前記（1）の基本利用料の1割の額をお支払いいただきます。

(3) 交通費

前記4に記載されている通常の事業の実施地域にお住まいの方は、無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、前記4に記載されている通常の事業の実施地域を越えた地点から、利用者の居宅までの往復距離について交通費を負担していただくことになり、その詳細は次表の通りです。

移 動 手 段	負担していただく交通費
公共交通機関	実 費
車	片道1キロ当たり20円

- i. 従業員の移動手段は、地域により異なります。
- ii. 通院介助における、利用者の居宅と病院の往復については、介護・福祉タクシーや旅客運送タクシー、公共交通機関を利用し、その利用者及び従業員の移動交通費については利用者の実費負担となります。

7、キャンセル

利用者の都合によりサービスのキャンセルをした場合は、下の表の料金をいただきます。

①サービス利用日前営業日の17時までにご連絡を頂いた場合	無 料
②サービス利用日前営業日の17時までにご連絡を頂かない場合	利用料の1割の額

※利用者の容態の急変など、緊急且つやむを得ない場合は、キャンセル料をいただきません。

※上表の②について、利用者の都合によるキャンセルが頻繁に起こる場合については、キャンセル料を協議の上変更させていただく場合があります。

8、お支払い方法

前月のサービスご利用分に関する利用負担金を、事業者が定める期日までにお支払いいただきます。お支払方法は、原則として口座引き落としとさせていただきます。尚、口座引き落とし以外のお支払いについては、事業者の従業員までご連絡ください。

※前記は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。

「償還払い」の取り扱いにおいては、一旦利用者に基本料金をお支払いいただき、その後、市町に対して介護給付分（利用料の9割の額）を請求していただくことになります。

※お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。

また、介護給付費等について市町より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。

9、サービスの利用にあたっての留意事項

- (1) サービス提供のために、利用者の居宅において使用する水道、電気、ガス、電話等の費用は利用者の負担になります。
- (2) 訪問予定時間は、交通事情により前後することがあります。
- (3) サービスの提供上必要な場合（※）を除いて、利用者の現金・預金通帳・キャッシュカード・健康保険証・印鑑・その他有価証券等をお預かりすることや、保管されている場所をお聞きすることは一切ございません。
- (※) 居宅介護における、買い物代行サービスを行うにあたって、小額の現金をお預かりする場合はございますが、その際には、利用者又はその家族にその場で必ず金額などに関するご確認・ご了承をいただきます。

10、秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び「個人情報の保護に関する法律についてのガイダンス」を遵守し、適切に取り扱います。

- ・事業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ・事業者は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

(2) 個人情報の保護について

- ・事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で使用する等、他の障がい福祉サービス事業者等に、利用者の個人情報を提供しません。また利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。
- ・事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- ・事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

11、サービス相談窓口、及び苦情申し立て窓口

サービスのご利用に関わる相談（虐待に関する相談等）・苦情・要望の受付、及び事故発生等の受付窓口は以下の通りです。

1	ヘルパーステーション 笑歩会 保田 担当者：管理者	宇和島市保田甲 981 番地 1 TEL 0895-27-1017 FAX 0895-27-1067	月～日 8：30～17：30
なお、苦情については以下の窓口へも相談できます。			
2	宇和島市福祉課障害福祉係	宇和島市曙町 1 番地 TEL 0895-24-1111	月～金 (祝日、12/29～1/3 除く) 8：30～17：15
3	鬼北町町民生活課生活支援係	北宇和郡鬼北町大字近永 800 番地 1 TEL 0895-45-1111 (内線 2117、2118、2119)	月～金 (祝日、12/29～1/3 除く) 8：30～17：15
4	松野町保健福祉課 (中央診療所・保健センター)	北宇和郡松野町大字延野々 1406-4 TEL 0895-42-0708	月～金 (祝日、12/29～1/3 除く) 8：30～17：15
5	愛南町保健福祉課障がい者福祉係	南宇和郡愛南町城辺甲 2420 番地 TEL 0895-72-1212	月～金 (祝日、12/29～1/3 除く) 8：30～17：15
6	大洲市社会福祉課障がい福祉係	大洲市大洲 690 番地 1 TEL 0893-24-1758	月～金 (祝日、12/29～1/3 除く) 8：30～17：15
7	八幡浜市社会福祉課	八幡浜市北浜一丁目 1 番 1 号 TEL 0894-22-3113	月～金 (祝日、12/29～1/3 除く) 8：30～17：15
8	伊方町保健福祉課福祉対策室	西宇和郡伊方町湊浦 1993 番地 1 TEL 0894-38-0217	月～金 (祝日、12/29～1/3 除く) 8：30～17：15

9	西予市福祉事務所福祉課	西予市宇和町卯之町三丁目 434 番地 1 TEL 0894-62-6428	月～金 (祝日、12/29～1/3 除く) 8：30～17：15
10	内子町保健福祉課	喜多郡内子町平岡甲 168 番地 TEL 0893-44-6154	月～金 (祝日、12/29～1/3 除く) 8：30～17：15
11	愛媛県福祉サービス運営適正化委員会	松山市持田町三丁目 8 番 15 号 愛媛県総合社会福祉会館内 TEL 089-998-3477	月～金 (祝日、12/29～1/3 除く) 9：00～12：00 13：00～16：30

相談(虐待に関する相談等) 苦情・事故対応時の基本手順

- ①相談(虐待に関する相談等)・苦情・事故の受付
- ②相談(虐待に関する相談等)・苦情・事故内容の確認
- ③相談(虐待に関する相談等)・苦情・事故解決責任者への報告
- ④相談(虐待に関する相談等)・苦情・事故に対する対応に関する、利用者及びその家族へ事前説明を行い、同意を得る
- ⑤相談(虐待に関する相談等)・苦情・事故に対する対応の実施
- ⑥再発防止又は、改善の措置
- ⑦相談(虐待に関する相談等)・苦情・事故解決結果の利用者及びその家族に報告し、同意を得る
- ⑧相談(虐待に関する相談等)・苦情・事故解決責任者等への最終報告

※相談(虐待に関する相談等)・苦情・事故受付担当者及び責任者：管理者

1 2、身体拘束等の適正化について

事業者は、身体拘束等の適正化のため、下記の措置を講じます。

- ①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します。
- ②身体拘束等の適正化のための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、従業者に周知徹底します。
- ③身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
- ④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を実施します。

1 3、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、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律(平成 23 年法律第 79 号)に準じた取扱いをするとともに、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
- 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 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ⑤ 虐待防止のための対策を検討する委員会として虐待防止委員会を設置し、委員会での検討結果を従業者に周知徹底します。

14、緊急時の対応

主治医・家族等緊急時の連絡先は、予め従業者により確認させていただきます。サービス提供中に利用者の容態の急変等があった場合には、下記の連絡先へ連絡します。

主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
緊急連絡先 (家族)	氏名(続柄)	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

15、事故発生時の対応方法について

利用者に対する居宅介護の提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町、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。

16、損害賠償について

- (1) 事業者は、サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により、利用者又はその家族等の介護者の生命・身体・財産及び名誉に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害を賠償します。
- (2) 利用者又はその家族等の責めに帰すべき事由により、事業所の従業者の生命・身体・財産及び名誉に損害を及ぼした場合は、相当範囲内において、その損害賠償を請求される場合があります。

17、第三者評価の実施状況

実施の有無：なし

実施した直近の年月日：なし

実施した評価機関の名称：なし

評価結果の開示状況：なし

18、その他運営についての留意事項について

- (1) 事業者は、従業者の質的向上を図るための研修の機会を次の通り設けるものとし、また、業務体制を整備します。
 - ①採用時研修 現場において研修を受け、継続研修により実施
 - ②継続研修 年間計画により実施
- (2) 事業者は、居宅介護計画、提供した具体的なサービス内容等の記録、市町への通知に係る記録、苦情の内容の記録、事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録等、利用者に対するサービスの提供に関する諸記録を整備し、サービスの完結の日から5年間保管します。
- (3) 重要事項説明書に記載している事項の外、運営に関する重要事項は、事業者と事業所の管理者との協議に基づき定めることとします。

19、サービス提供開始可能年月日

令和 年 月 日

重要事項説明書同意書

事業者は、重要事項説明書に基づき、居宅介護（共生型サービス）の内容及び重要事項において、利用者及びその家族に対し、説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者	所在地 名 称	愛媛県松山市朝生田町六丁目 2 番 5 号 株式会社アコンプリシー 代表取締役 末廣 英誉
事業所	所在地 名 称	愛媛県宇和島市保田甲 981 番地 1 ヘルパーステーション 笑歩会 保田

説明者 _____ ⑩

私は、事業者の定める重要事項説明書に基づき、居宅介護（共生型サービス）の内容及び、重要事項の説明を受け、サービス提供の開始に同意し、本書の交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者	住所	_____
	氏名	_____ ⑩

家族代表	住所	_____
	氏名	_____ ⑩（続柄：_____）

重要事項の説明に同席された方及び代理での署名を行った場合には、下欄にご記入下さい。

☐ 立会人又は、☐ 署名代行人（該当するものにチェックしてください）

住所 _____

氏名 _____ ⑩（続柄：_____）

個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私又は代理人及び私の家族は、株式会社アコンプリシー（ヘルパーステーション 笑歩会 保田）が、私又は代理人及び私の家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することに同意します。

1. 利用期間

「ヘルパーステーション 笑歩会 保田」 利用契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 利用契約および更新、変更のため。
- (2) 円滑に障害福祉サービスが提供される為の、契約事業者に対する情報提供。
- (3) 医療機関、福祉事業者、障害福祉サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため。
- (4) 利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要がある場合。
- (5) 利用者の利用する介護サービス事業所等とのサービス担当者会議のため。
- (6) 上記各号に関わらず、緊急を要するときの連絡等の場合。

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は、必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外、決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば、開示する。

令和 年 月 日

本人（利用者） 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

代 理 人 住 所 _____

本人との関係

() 氏 名 _____ 印 _____

家 族 代 表 住 所 _____

本人との関係

() 氏 名 _____ 印 _____

※ 代理人と家族が同一の場合でも両方に記名・押印をお願いいたします。

同意書を受け取りました。

株式会社アコンプリシー
ヘルパーステーション 笑歩会 保田
代表取締役 末廣 英誉