

指定障害サービス

居宅介護
重度訪問介護
同行援護

重要事項説明書

事業所名	ふく満ホームヘルプサービス事業所
住 所	南砺市福光1045番地
電話番号	0763-53-0055

社会福祉法人福寿会

令和6年4月から適用

ふく満ホームヘルプサービス事業所

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 重要事項説明書

あなたに対する在宅介護サービスの提供開始にあたり、当事業所があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1 事業者概要

事業者名称	ふく満ホームヘルプサービス事業所
主たる事務所の所在地	南砺市福光1045番地
法人種別	社会福祉法人 福寿会
代表者名	理事長 田中 幹夫
管理者	片田 文代
電話番号	(0763) 53-0055 Fax (0763) 53-1131
障害者総合支援法令に基づき富山県知事から指定を受けている事業所名称（指定番号）	ふく満ホームヘルプサービス事業所 1612000073
サービスの種類	居宅介護・重度訪問介護・同行援護

2 事業の目的と運営方針

- (1) 社会福祉法人福寿会 ふく満ホームヘルプサービス事業所が行う障害者総合支援法に規定する居宅介護、重度訪問介護、同行援護（以下「居宅介護等」という）の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定めています。
- (2) 障害者総合支援法の対象の方と市町村が認める方に対し、適正な居宅介護事業等サービスを提供することを目的とします。
- (3) 事業所の訪問介護員は、対象者の心身の特性を踏まえ、居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行います。
- (4) 居宅介護事業等の実施にあたっては、他の指定障害福祉サービス事業者、主治医及び保健医療サービスを提供する者との密接な連携を図り、南砺市地域包括ケアセンターや障害福祉課等の行政機関とも連携し、総合的なサービスの提供に努めます。

3 事業所の職員体制と職務の内容

職 種	配置数	配置基準
(1) 管理者	1名兼務	1名
(2) サービス提供責任者	1名以上	利用者の数を40で除して得られた数
(3) ヘルパー	3名以上	常勤換算方法で2.5名以上

※職員の配置については、指定基準以上を厳守しています。

※必要がある場合は、定員を超えて又はその他の職員を兼務でおくことができる。

職種	職務内容及び職責
管理者	理事長の旨を受け施設を統括し、職員を指揮、監督して事業の企画運営にあたる。
サービス提供責任者	事業所に対する利用の申し込みに係る調整、ヘルパーに対する技術指導、居宅介護計画の作成等を行う。
ヘルパー	上司の命を受けて、利用者のニーズの調査及び適切な居宅介護を提供するとともに生活全般の援助を行う。

4 営業時間

営業日	年中無休
営業時間	8時00分～18時00分

5 事業の実施範囲

通常の事業の実施地域	南砺市の福光地域
------------	----------

6 居宅介護等を提供する主たる対象者

事業所において居宅介護を提供する主たる対象者は、次のとおりとなります。

- (1) 身体障害者（18歳未満の者を除く。）
- (2) 知的障害者（18歳未満の者を除く。）
- (3) 精神障害者（18歳未満の者を除く。）
- (4) 難病患者等（治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって政令で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣が定める程度である者であって18歳未満の者を除く。）
- (5) 視覚障害者（18歳未満の者を除く。）

7 サービス内容

- (1) 身体介護：食事介助、排泄介助、衣類着脱介助、入浴介助、清拭、洗髪
その他自立支援に向けての必要な身体的援助
- (2) 家事援助：調理、洗濯、衣類補修、掃除、買い物
その他必要な家事援助
- (3) 同行援護：移動時及びそれに伴う外出時において必要な視覚的情報の支援
(代筆・代読を含む)
- (4) その他生活等に関する相談や助言

8 利用料金

(1) サービス料金・利用者負担額

介護給付費によるサービスを提供した際は、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める基準により算出した額）のうち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等の給付を市から直接受け取る（代理受領する）場合、利用者負担分として、サービス利用料金全体の1割の額を事業者にお支払いいただきます。（定率負担または利用者負担額といいます）

なお、定率負担または利用者負担額の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

- ① 料金設定の基本時間は居宅介護計画に定められた時間を基準とします。ただし、利用者の急変時対応等では、支給量内での時間となります。
- ② 厚生大臣が定める要件（*）で、かつ契約者または利用者の同意を得て2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。
*厚生労働大臣が定める要件（複数派遣について）
イ. 利用者の身体的理由により1人の居宅介護職員等による介護が困難と認められる場合。
ロ. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合。
ハ. その他利用者の状況等から判断して、イまたはロに準ずると認められる場合。

(2) サービス利用料金の支払い

サービスに関する利用料金は、翌月 27 日(金融機関が休日の場合はその翌日)に利用者の口座から自動口座引き落としを行います。

(3) 特定事業所加算

サービスの質の高い事業所を積極的に評価する観点から、人材の質の確保やヘルパーの活動環境整備、中重度者への対応などを行っている事業所に加算されます。

	要件	加算(利用者負担等)額
特定事業所加算(Ⅰ)	体制要件、人材要件に適合、 重度対応要件に適合	基本単位数の 20%を加算
特定事業所加算(Ⅱ)	体制要件、人材要件に適合	基本単位数の 10%を加算
特定事業所加算(Ⅲ)	体制要件、重度対応要件に適合	基本単位数の 10%を加算

(4) 初回加算 200 単位/月

新規に居宅介護計画を作成し、サービス提供責任者が初回若しくは属する月に居宅介護等を行った場合、又はその他の居宅訪問介護員が居宅介護等を行った際に同行した場合に加算されます。

(5) 緊急時対応加算 100 単位/回

利用者・家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者が相談支援専門員と連携を図り居宅介護(身体介護)を 24 時間以内に行った場合に加算されます。

(6) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 令和 6 年 5 月 31 日まで算定可能

介護職員の処遇改善として、安定的人材の確保及び資質向上の取組、雇用管理や労働環境の改善の取組みを行う事業所を対象に、所定単位数の 27.4%加算されます。

(7) 介護職員等処遇改善加算Ⅴ (8) 令和 6 年 6 月 1 日より算定可能

介護職員の処遇改善として、経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置していること。及び資質向上の取組、雇用管理や労働環境の改善の取組みを行う事業所を対象に、所定単位数の 30.2%(居宅介護・同行援護)、22.8%(重度訪問介護)加算されます。

(8) 福祉専門職員等連携加算 564 単位/回

サービス提供責任者に係る障害特性の理解や医療機関等専門機関との連携、従業者への技術指導等の課題に対応するため精神障害者等の特性に精通する専門職と連携し、利用者の心身の状況等の評価を共同して行い、かつ居宅介護計画を作成した場合であって、当該社会福祉士等と連携し、当該居宅介護計画に基づく居宅介護を行ったときに加算されます。なお、初回のサービスが行われた日から起算して 90 日間 3 回を限度として算定します。

9 その他

利用者のお住まいでサービスを提供する為に必要となる水道・ガス・電気・電話等の費用は、利用者様でご負担していただきます。

10 サービスの利用にあたっての留意事項

(1) サービスの利用開始

- ① 障害者居宅介護等について介護給付支給決定を受けた方で、当事業所のサービスを希望される方は、電話等でご連絡ください。当事業所のサービス提供に係る重要事項についてご説明いたします。

- ② サービス利用が決定した場合は契約を締結し、居宅介護計画を作成して、サービスの提供を開始いたします。契約の有効期間は支援費支給期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。
- ③ 居宅介護等の提供に当たっては、適切なサービスを提供するために、利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させていただきます。緊急連絡先、主治医等に関する連絡先はケースファイル作成時にお聞きします。
- ④ 利用者はサービスの提供を受けるにあたり、代理人（連帯保証人）を1名定めるものとします。（契約終了時に債務の支払いが滞っている場合、下記の通りと致します）
 - ・代理人（連帯保証人）の負担は、極度額 60,000 円を限度とします。
 - ・代理人（連帯保証人）が負担する債務の元本は、契約終了時に確定するものとします。
 - ・代理人（連帯保証人）の請求があったときは、事業者は代理人に対し、遅延なく、利用料の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

(2) サービスの終了

- ① 利用者が当事業所に対して30日間の予告期間において文書で通知を行なった場合は、解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。
- ② 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当事業所が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。
- ③ 利用者がサービス利用料金を3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、お支払いいただけない場合、または利用者やご家族が事業者やサービス職員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、事業所は文書で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただきます。
- ④ 当事業所を閉鎖または縮小する場合などやむを得ない事情がある場合、契約解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。

1.1 苦情等の受付

当施設のサービスに関する相談、要望、苦情等は下記までお申し出ください。

(1) 当事業所における苦情の受付

苦情対応の窓口責任者	ふく満ホームヘルプサービス事業所 担当者 片田 文代 電話番号 (0763) 53-0055 平日 月曜日から土曜日 8:30~17:30
------------	---

(2) 行政機関その他苦情受付機関

南砺市地域包括ケアセンター 地域包括ケア部 障害福祉課	所在地 〒932-0293 南砺市北川 166-1 番地 電話番号 (0763) 23-2009・FAX (0763) 82-4657 受付時間 8:30~17:15
富山県福祉サービス運営適正化委員会	所在地 〒930-0094 富山市安住町 5 番 21 号 電話番号 (076) 432-3280 受付時間 9:00~16:00
富山県障害福祉課	所在地 富山市新総曲輪 1-7 富山県庁内 電話番号 (076) 444-3213・FAX (076) 444-3494 受付時間 8:30~17:00

1.2 緊急時の対応方法

事業者は、現に各サービスを提供しているときに利用者の状態に急変が生じた場合、その他必要な場合は、利用者の主治医への連絡を行って、医師の指示に従います。又、主治医への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な処置を講じ、緊急連絡先にご連絡いたします。

1.3 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対する居宅介護等サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市、当該利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとします。
- (2) 利用者に対する居宅介護等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、誠意をもって対応し、損害賠償を行うものとします
※サービス利用契約における、サービス利用の際の留意事項を含む。

1.4 虐待防止に関する事項

管理者は、虐待発生の防止に向け、次に定める事項を実施するものとします。また、管理者は、これらの措置を適切に実施するための専任の担当者としてします。

- (1) 事業所では、虐待防止検討委員会を設け、その責任者は管理者としてします。
- (2) 虐待防止検討委員会は、職員への研修の内容、虐待防止のための指針策定、虐待等の相談及び苦情解決体制の整備、虐待を把握した際の通報、虐待発生時の再発防止策の検討、成年後見制度の利用支援等を行います。なお、本虐待防止検討委員会は、場合により他の委員会と一体的に行うほか、テレビ会議システムを用いて実施します。
- (3) 職員は、年2回以上、虐待発生の防止に向けた研修を受講します。
- (4) 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、責任者は速やかに市町村等関係者に報告を行い、事実確認のために協力します。また、当該事案の発生の原因と再発防止策について、速やかに虐待防止検討委員会にて協議し、その内容について、職員に周知するとともに、市町村等関係者に報告を行い、再発防止に努めるものとします。

1.5 秘密の保持

- (1) 事業者は、利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報について、生活に必要なことについては、一定の条件の下で情報提供することができます。
- (2) サービスを提供するうえで知り得た、利用者及びその家族に関する秘密、及び個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- (3) 事業者が市町村、相談支援センター、居宅介護支援事業所、サービス担当者会議等においてその情報が用いられることを文章により利用者に同意いただきます。

私は、本書面に基づいて居宅介護事業所（職名 サービス提供責任者 氏名_____）から上記重要事項の説明を受けました。

_____年_____月_____日

利用者 (甲)	住 所	〒		
	氏 名			
	電話番号	() -	FAX	() -
	私は、本人に代わり、上記署名を行いました。 私は、本人の意思を確認しました。			
	本人との関係			
	住 所	〒		
	代理人 (連帯保証人)			
	電話番号	() -	FAX	() -
事業者 (乙)	当事業者は、指定居宅介護事業者として甲の申込を受諾し、この重要事項説明書に定める、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する居宅介護等サービスを、誠実に責任を持って行います。			
	所 在 地	〒939-1518 富山県南砺市松原678番地の1		
	名 称	社会福祉法人 福寿会		
	代表者名	理事長 田 中 幹 夫		
	電話番号	(0763) 23-2910	FAX	(0763) 23-2911