

## 居宅介護等重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所と指定居宅介護に関する利用契約の締結を希望される方に対して、関係省令に基づき、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。

### ◆◆目次◆◆

1.	事業者	- 1 -
2.	事業所の概要	- 1 -
3.	営業日及び営業時間	- 2 -
4.	サービス提供日及びサービス提供時間	- 2 -
5.	職員の体制	- 2 -
6.	当事業所が提供するサービスと利用料金	- 3 -
7.	サービスのご利用の際にご留意いただく事項	- 4 -
8.	虐待の防止について	- 5 -
9.	身体拘束等の適正化について	- 5 -
10.	事故発生時の対応方法について	- 6 -
11.	感染症対策について	- 7 -
12.	業務継続計画の策定等について	- 7 -
13.	苦情等の受付について	- 8 -
14.	事業所のご利用の際にご留意いただく事項	- 8 -

株式会社 CHEERFUL

ヘルパーステーション GSCS

当事業所は福岡市の指定を受けています。

## 1. 事業者

事業者名称	株式会社 CHEERFUL
代表者氏名	吉田 孝則
本社所在地 (連絡先)	〒810-0031 福岡市中央区谷1丁目9-19 メディカルビル谷Ⅱ1F TEL 092-753-8934 FAX 092-753-8935
法人設立年月日	令和4年6月7日

## 2. 事業所の概要

事業所名称	ヘルパーステーション CSCS
事業の目的	事業所は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等の関係法令及び契約書に従い、ご利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて自立した生活を営む事が出来るよう、生活全般にわたる援助を行うことを目的とします。
運営の方針	① 保険・医療・福祉との連携を大切にし、地域の皆様への障害福祉サービスを提供します。 ② 常に知識と技術の向上に努め、真心を持ってご利用者本位の質の高い障害福祉サービスを提供致します。 ③ より良いサービス提供の為に、働きがいのある融和な職場を目指します。
指 事 業 所 番 定 号	4010801480 号 (令和4年10月1日指定)
管 理 者	坪根 庸太
サービス提供責任者	池端 麻衣
事業所所在地	〒810-0031 福岡市中央区谷1丁目9-19 メディカルビル谷Ⅱ1F
連 絡 先	TEL 092-753-8934 FAX 092-753-8935
事業所の通常の 事業実施地域	福岡市内
事業所が行う 他の指定障がい 福祉サービス	なし
サービスの 主たる対象者	身体障がい者・知的障がい者 精神障がい者・難病等対象者
利 用 定 員	40名 (令和4年10月1日時点)
開 設 年 月 日	令和4年10月1日

### 3. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日 (土・日曜日、祝日、12月29日～1月3日を除く)
営業時間	9:00～18:00

### 4. サービス提供日及びサービス提供時間

サービス提供日	月曜日から金曜日までとする。 (土・日曜日、祝日、12月29日～1月3日を除く)
サービス提供時間	9:00～18:00 (サービス提供計画に基づく)

### 5. 職員の体制

職種	職務内容	人員数
管理者	管理者は、職員の管理、障がい福祉サービス利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている障がい福祉サービスの実施に関し、事業所の職員に対し遵守させるため必要な指揮命令を行うほか、障がい者及びその家族に対し、その内容等について、必要な説明を行います。	常勤 1人
サービス提供責任者	サービス提供責任者は、ご利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて指定居宅介護の目標、当該的なサービスの内容などを記載した居宅介護計画を作成し、実施・記録します。又、指定居宅介護のご利用者の申し込みに係る調整、サービス従業者に対する技術指導などサービス内容の管理を行います。	常勤 1人
居宅介護従業員	居宅介護計画書に基づき、日常生活を営むのに必要な居宅介護サービスを提供します。サービス内容や、ご利用者の心身の状況等について記録し、サービス提供責任者に報告します。	常勤 3人

## 6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

### (1) サービス内容

サービス区分と種類		サービスの内容
居宅介護計画等の作成		利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた居宅介護計画等を作成し・必要に応じて見直しを行います。
身体介護	食事介助	食事の介助を行います。
	排せつ介助	排せつの介助、おむつ交換を行います。
	入浴介助・清拭	衣服の着脱、入浴の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	その他	体位変換や洗顔、歯磨き等の身体介護を行います。
家事援助	調理	利用者の食事の用意を行います。
	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、片付けを行います。
	その他	利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。預貯金の引き出し、預け入れは行いません。
通院等介助		通院等又は官公署並びに相談支援事業所への移動（公的手続き又は障害福祉サービスの利用に係る相談のために利用する場合に限る）のための屋内外における移動等の介助又は通院先での受診等の手続き、移動等の介助を行います。

### (2) 利用料金

- ・ 提供するサービスについて、厚生労働省の告示の単価による利用料が発生します。
- ・ 利用者の方には、世帯の所得に応じた額（負担上限月額）をご負担ください。ただし、1割相当額の方が低い場合は、その額までのご負担となります。

※負担上限月額等に関する詳細については、お住まいの市町村窓口までお問合せください。

※介護給付費等について事業者が代理受領を行わない（利用者が償還払いを希望する）場合は、介護給付費等の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に介護給付費等の支給（利用者負担額を除く）を申請してください。

### (3) その他の費用について

居宅介護の提供以外に関わる費用に関しては原則利用者にて負担していただきます。あらかじめ利用者にて負担できない場合は、当事業所より発生する費用の説明を行ったうえで事後請求にご理解頂ける場合のみ対応いたしますのでご了承ください。

#### (4) 利用料金等のお支払い方法

前記(2)及び(3)の費用は、サービスを利用した月の翌月15日までに利用月分の請求書をお届けします。サービス提供の記録と内容を照合の上、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。(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。)

ア. 窓口での現金支払

イ. 指定口座への振り込み

指定口座への振り込みでの支払いをご希望の方は、振込先をお伝えしますのでご相談ください。

お支払いを確認しましたら、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村より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、保管をお願いします。

### 7. サービスのご利用の際にご留意いただく事項

#### (1) 受給者証の確認

受給者証に記載された「住所」、「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職員にお知らせください。また、職員が「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。

#### (2) 個別支援計画の作成

確認した支給決定内容に沿って、利用者及び家族の意向に配慮しながら個別支援計画を作成します。作成した個別支援計画については、案の段階で利用者又は家族に内容を説明し、利用者の同意を得た上で交付いたします。

#### (3) 個別支援計画の変更等

個別支援計画は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

#### (4) サービス実施記録の確認

サービス実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、利用者にも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、個別支援計画及びサービス提供ごとの記録は、サービスを提供した日から5年間保存します。

#### (5) 利用者の記録や情報の管理、開示について

当事業所では、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。

なお、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。

(6) サービス提供のキャンセルおよび変更について

サービス提供のキャンセル及び変更（日時）はサービス開始予定時間の2時間前までにご連絡下さい。相談支援専門員に確認の上、対応させていただきます。

サービス開始予定時間の2時間前までにキャンセル及び変更のご連絡がなかった場合は900円の料金をご請求させていただきます。

但し、緊急な入院等のやむ得ない場合は事業所等の判断で頂かない場合もございます。

## 8. 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）」を遵守するとともに、下記の対策を講じます。

① 虐待防止に関する担当者及び責任者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	坪根庸太
虐待防止に関する責任者	坪根庸太

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。

## 9. 身体拘束等の適正化について

事業者は、利用者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、身体的拘束等を行ってはならないこととし、下記の対策を講じます。

(1) 身体拘束適正化に関する担当者を選定しています。

身体拘束適正化に関する担当者	坪根庸太
身体拘束適正化に関する責任者	坪根庸太

(2) 身体的拘束を行う場合には、相談支援員及び他機関と連携を図り、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を記録します。

(3) 身体的拘束等の適正化のための指針を整備いたします。

(4) 身体拘束適正化を啓発・普及するための研修を実施しています。

10. 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、県、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。

【当事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。】

保険会社名 東京海上日動火災保険株式会社

保険名 超ビジネス保険

(緊急時の連絡先)

ご利用者の主治医 \_\_\_\_\_

医療機関の名称 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

緊急連絡先 ①

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話(自宅) \_\_\_\_\_ 電話(携帯) \_\_\_\_\_

緊急連絡先 ②

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話(自宅) \_\_\_\_\_ 電話(携帯) \_\_\_\_\_

## 1 1. 感染症対策について

- (1) 介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生すること、又はまん延することがないように、下記の措置を講じます。
  - ① 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね半年に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
  - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に行います。

## 1 2. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常事態の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 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に行います。
- (3) 定期的な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います。

### 13. 苦情等の受付について

(1) 提供したサービスに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

事業者の窓口	苦情解決担当者 池端麻衣 苦情解決責任者 吉田孝則
公的団体の窓口	福岡県運営適正化委員会 所在地 〒816-0804 福岡県春日市原町3丁目1番地7 (社会福祉法人福岡県社会福祉協議会) 電話番号 092-915-3511 ファックス番号 092-584-3790 受付時間 月～金(祝日を除く) 9:00～17:00

### 14. 事業所のご利用の際にご留意いただく事項

感染症対策	利用者がインフルエンザ等の他者に感染する疾病であることを、医師が診断した場合、医師の完治連絡が出るまで事業所利用はできません。
設備・器具の利用	事業所内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
貴重品の管理	貴重品は、利用者の責任において管理していただきます。自己管理のできない利用者につきましては貴重品を事業所に持ち込まないようお願いいたします。
喫煙	喫煙は決められた時間に決められた場所をお願い致します。
宗教活動・政治活動 営利活動	利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。

指定居宅介護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。

年 月 日

管理者 氏名 坪根庸太

説明者職名 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、指定居宅介護の提供開始に同意しました。

年 月 日

利用者住所 氏名 印

代理人住所 氏名 印