

(契約書別紙)

重要事項説明書(障害福祉サービス)

事業者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

名称・法人種別	有限会社 明日香ライフケア
本社所在地	徳島県名西郡石井町浦庄字下浦 339 番地 3
代表者役職・氏名	代表取締役 山口アサエ
電話番号・FAX 番号	TEL 088-675-3701 FAX 088-675-3702
事業所番号 (居宅介護・重度訪問・同行援護・行動援護)	徳島県 3611200100 号
指定年月日	平成 15 年 2 月 1 日(居宅介護) 平成 25 年 11 月 30 日(重度訪問介護) 平成 23 年 10 月 1 日(同行援護) 令和 4 年 11 月 1 日(行動援護)
最終更新年月日	令和 1 年 11 月 30 日(居宅介護) 令和 1 年 11 月 30 日(重度訪問介護) 令和 5 年 9 月 30 日(同行援護) 令和 4 年 11 月 1 日(行動援護)
通常の実業の実施地域	徳島市、名西郡、吉野川市、阿波市、板野郡、その他
サービスの主たる対象者(障害福祉サービス)	身体障がい者手帳及び療育手帳、精神障害者手帳
サービスの主たる対象者(等級及び区分)	1～6 級で障害福祉サービスの支給を受けた者

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	有限会社明日香ライフケア(以下「事業所」という。)において実施する障害福祉サービス事業の居宅介護(以下「居宅介護」という。)、重度訪問介護(以下「重度訪問介護」という。)同行援護(以下「同行援護」という。)行動援護(以下「行動援護」という。)の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、居宅介護、重度訪問介護、同行援護及び行動援護(以下「居宅介護等」という。)の円滑な運営管理を図るとともに、利用者、障害児及び障害児の保護者(以下「利用者等」という。)の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者等の立場に立った障害福祉サービス等の提供を確保することを目的とします。
-------	--

運営方針	<p>① 利用者等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、当該利用者等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、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、通院、外出時における移動中の介護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適切かつ効果的に行うものとします。</p> <p>② 障害福祉サービスの実施に当たっては、利用者等の必要な時に必要な障害福祉サービスの提供ができるよう努めるものとします。</p> <p>③ 障害福祉サービス等の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、利用者等の所在する市町村、他の指定障害福祉サービス事業者、指定相談支援事業者、指定障害者支援施設その他福祉サービス又は保健医療サービスを提供する者(以下「障害福祉サービス事業者等」という。)との密接な連携に努めるものとします。</p> <p>④ 前三項のほか、「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(障害者総合支援法)」に定める内容のほか関係法令等を遵守し、障害福祉サービスを実施するものとします。</p>
------	--

(3) 営業日時及び苦情相談窓口

平日	午前 9 時～午後 5 時
休業日	土・日・国民の祝日・年末年始・お盆期間 は除く
苦情相談窓口	有限会社 明日香ライフケア 代表取締役 山口 アサエ
サービス提供時間	午前九時から午後五時までとする。但し延長も可能とする。 ヘルパーの提供時間は、利用者との相談により対応をする
苦情窓口連絡先	088-675-3701

* 営業時間以外は、転送連絡により電話対応は 24 時間対応いたします。

(運転中等により対応が出来ないときは折り返しご連絡いたします。)

(4) 事業所の職員体制

管理者	(氏名) 代表取締役 山口 アサエ
-----	-------------------

職種	職務内容	人員数
管理者	管理者は、事業者の職員及び業務の管理を一元的に行うとともに、事業所の従業者に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行います。	常勤職員 1 名
サービス提供責任者	<p>① 利用者の日常生活全般の状況及び希望等を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した障害福祉、重度訪問介護、同行援護、行動援護サービス計画書(以下「居宅介護計画等」という。)を作成し、利用者等及びそのご家族にその内容を説明し、その計画書を交付します。</p> <p>② 居宅介護計画等の実施状況の把握を行ない、必要に応じて変更を行います。</p> <p>③ 利用の申込みに係る調整や従業者に対する技術指導等を行います。</p>	常勤職員 2.5 名以上

従業者	①居宅介護計画等に基づきサービスを提供します。 ②サービス提供後、サービスの提供日、内容、利用者の心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行います。	常勤換算 2.5名以上
事務員	介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	非常勤1名

(4) サービスの主たる対象者について(該当する障害種別を記入)

居宅介護	身体障害者・知的障害者・障害児(身体に障害のある児童・知的障害のある児童)・精神障害者
重度訪問介護	身体障害者・障害児(身体に障害のある児童のみ)
行動援護	知的障害者・精神障害・難病患者等・障害児 ① 障害支援区分が区分3以上 障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等(12項目)の合計点数が10点以上(障害児にあつてはこれに相当する支援の度合)である者
同行援護	視覚障害を有する身体障害者・視覚障害を有する障害児(身体に障害のある児童のみ)

(5) サービス内容、担当する訪問介護員について

当該事業所が、あなたに提供するサービスは以下の通りです。

1. 提供するサービス

居宅介護サービス
次のサービスのうち、()の(1)種類のサービスを
1週間に(1)回を居宅サービススケジュール表に従って提供をします。

【身体介護】	【家事】	【同行援護】
<input type="checkbox"/> ①起床介助	<input type="checkbox"/> ⑦清拭	<input type="checkbox"/> ⑬調理
<input type="checkbox"/> ②就寝介護	<input type="checkbox"/> ⑧入浴介助	<input type="checkbox"/> ⑭洗濯
<input type="checkbox"/> ③排泄介助	<input type="checkbox"/> ⑨体位交換	<input type="checkbox"/> ⑮掃除
<input type="checkbox"/> ④整容介助	<input type="checkbox"/> ⑩服薬確認	<input type="checkbox"/> ⑯買い物
<input type="checkbox"/> ⑤食事介助	<input type="checkbox"/> ⑪通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> ⑰薬の受取
<input type="checkbox"/> ⑥衣類の脱着	<input type="checkbox"/> ⑫通院等介助	<input type="checkbox"/> ⑱衣類の入れ替え
		【行動援護】
		<input type="checkbox"/> ⑲代筆、代読
		<input type="checkbox"/> ⑳移動支援介助
		<input type="checkbox"/> ㉑移動支援介助

病院への通院時の介助(運転時間は除く)を意味します。本人でなければ手続きのできない場合による市町村役場、金融機関、選挙への移動時に利用が可能です。
*サービスの提供にあたっては、利用者様の状態の軽減もしくは悪化の防止、予防になるよう適切にサービスを提供します。
サービス提供は、懇切丁寧に言い分かりやすいように説明をします。もし分からないことがあればいつでも担当者にご遠慮なく質問して下さい。

2. 担当職員

あなたの担当をする訪問介護職員は、以下の通りです。

() () ()
 () () ()

上記責任者は、(山 口 ア サ エ)です。

職員は、常に身分証明書を携帯していますので必要な場合はいつでも、その提示をお求めください。

職員の変更について

- ① あなたはいつでも担当の訪問介護員の変更を申し出ることができます。その場合は、変更の理由を確認させていただきます。
- ② 当事業者は、担当の訪問介護職員がなんらかの理由、もしくは緊急時やむを得ず訪問できなかった場合など、担当の訪問介護員を変更することがあります。その場合には、事前にあなたの了承を得ます。

(6) サービスの利用料金および加算について

訪問介護サービスの利用単位ごとの利用料及びその他の費用は、以下の通りです。

訪問時間	サービス内容	単位数	算定回数	利用者負担額	備考
サービス内容	家事援助				① ~ ⑥ 加算の算定
	身体 家事				
	身体 家事				
	身体介護				
	保険外サービス				
	1週間あたりのお支払い金額の目安				
	1ヶ月あたりのお支払い金額の目安				
介護保険適用分の自己負担は1割					
保険適用外分金額					
適用外は 金額自己負担額	保険適用外分金額				
	交通費金額				

(7)その他当社加算について

弊社では厚生労働省の基準を満たす場合に支給される加算認定を受けています。

下記に記載する内容の加算があります。

① 特定事業所加算Ⅱ 居宅介護のみ

(当該加算の体制要件および人材要件を満たす場合)基本部分の10%

② 処遇改善加算事業所Ⅰ(当該加算の算定要件を満たす場合)1月の利用料金の41.7%(居宅)

処遇改善加算事業所Ⅱ(当該加算の算定要件を満たす場合)1月の利用料金の32.8%(重度)

処遇改善加算事業所Ⅱ(当該加算の算定要件を満たす場合)1月の利用料金の40.2%(同行)

処遇改善加算事業所Ⅱ(当該加算の算定要件を満たす場合)1月の利用料金の36.7%(行動)

③ 早朝(6時～8時)・夜間(18時～22時)25%、深夜(22時～翌朝6時)50%

④ 初回加算(初回訪問時のみ算定、長期の利用が無い場合は算定されません)

につきまして加算の認定を受け利用者様に請求を行っています。

(8)交通費 無料

(9)キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金を頂きます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。(連絡先 088-675-3701)

ご利用の12時間前までにご連絡いただいた場合……………無料

ご利用の12時間前までにご連絡がなかった場合……………当該基本料金の50%

(10)行政機関その他苦情受付担当

○各市町村役場 介護保険担当 (別紙参照)

○徳島県国民保険団体連合会

電話番号088-666-0117 FAX 番号088-666-0228

○徳島県介護保健室

電話番号088-621-2213 FAX 番号088-621-2840

(11)緊急時の連絡先

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、主治医への連絡と状況により救急車の手配を担当者が行います。介護支援専門員及び保険者等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

主治医	主治医	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

(12)保険給付の請求のための領収書

領収書は、いつでも交付しますので、お申し付けください。

(13) 利益供与の禁止について

事業所及びその従業者は、居宅介護支援事業者又はその従業者等に対し、利用者にサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益を供与してはならない。

(14) 虐待及び身体拘束についての防止について

1. 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) 虐待防止に関する委員会を設定し責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	代表取締役 山口 アサエ
-------------	--------------

(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の防止を啓発・普及するための研修を実施します。

(5) 虐待防止委員会を定期的に開催し、従業者に内容を周知します。

(6) 相談支援相談員を受け入れます。

(7) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報をします。

2. 事業所は、サービス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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行わないものとする。

身体拘束適正化委員会を設定し責任者を選定しています。

(1) 身体拘束に関する委員会を設定し責任者を選定しています。

身体拘束防止に関する責任者	代表取締役 山口 アサエ
---------------	--------------

(2) 苦情解決体制を整備しています。

(3) 身体拘束適正化委員会を定期的に開催し、従業者に内容を周知します。

・拘束期間は、利用者の日々の心身の状態等を観察し記録します。

・その要件に該当しなくなった場合は、速やかに身体拘束廃止委員会で検討し身体拘束を廃止します。

(15) 緊急及び事故発生時の対応について

事業所の従業者は、サービスの提供中に利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告するものとする。主治医への連絡等が困難な場合は、医療機関への緊急搬送等必要な措置を講ずる。事故発生時の対応についてまた当事業所が利用者に対して提供しましたサービスにより、損害賠償をすべき事故が発生した場合には、速やかに担当者までお申し出下さい。

(16) 支援事業所及び地域との連携について

主治医、保健医療・福祉サービス提供者を含むと連携し、必要な情報を提供することとする。事業所は、訪問介護事業所の所在する市町村及び町内会との関係を重視して地域活動への参加を行う物とする。

事業所に隣接する建物へのサービス提供を行う際は、同一建物減算を摘要するものとする。

(17) ハラスメント行為の防止について

事業者は、利用者及びその家族や事業所または従業員に対するハラスメントに対する対応を行っています。ハラスメントは、本人に自覚がなく行われることが多くあります。健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合、通知の上、契約の解除をすることがあります。

- (1) 従業員に対する性的な発言や行動
- (2) 暴力や暴言、嫌がらせ、誹謗中傷など理不尽な発言(電話等の発言も含みます)
- (3) 飲酒の強要や違反行為の強要
- (4) サービス提供中に職員の写真や動画撮影、録音などを、SNS 等への無断掲載

(18)BCP 事業継続計画について

(1)弊社では、感染症や災害等で事業継続が困難な場合について BCP 事業計画を作成し事業継続が困難になった場合について速やかに事業の復旧が行えるように務めます。平時からの対応とし、利用者様及びご家族の連絡先(携帯電話やメール等)をお伺いし緊急時の連絡先の確保を行い安否確認などの連絡手段を確保します。

緊急時の安否確認や連絡が取れる方法をあらかじめ検討をしています。

津波や河川の決壊、山崩れなどの災害が予測される場合の対応として、サービスの休止・縮小を余儀なくされることを想定して検討を策定しています。

災害発生時の対応とし、サービス提供を長期間休止する場合は、あらかじめ検討した対応方法に基づき、居宅介護支援事業所と連携し必要に応じて他の訪問サービス変更等も検討しています。

(19)感染症対策及び衛生管理について

事業所は、事業所内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。事業所は、感染症が発生又はまん延しないように必要な措置を講じるとともに従業員については、適宜に検査等を実施する。

- (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員への周知
- (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、従業員に対し、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

(20) 秘密保持について(個人情報保護)

事業所及びその従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。事業所は、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」、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとする。

2. 従業員であった者に、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、従業員でなくなった後においても、これらの秘密を保持する旨を従業員との雇用契約の内容とする。
3. サービス担当者会議等において、利用者又はその家族の個人情報を用いる場合は、利用者又はその家族の同意をあらかじめ文書で得ておくものとする。

(21) その他(サービスの利用にあたっての留意事項)

* 文章による通知の上契約を解除することがあります。

職員業務について

- ・医療行為及び医療補助行為を行うことができません。
- ・各種支払や年金等の管理、預貯金通帳や証書、書類などの預かり行為、利用者様との金銭の貸借など、金銭を取り扱うことはできません。
- ・身体拘束その他利用者の行動を制限する行為
(利用者または第三者の生命又は身体保護をする為に緊急やむを得ない場合を除く)
- ・庭の草刈りや花木の水やり、犬の散歩・年末の大掃除、おせち等の調理、家族の食事や洗濯物
家族の部屋の掃除など家族に対するサービス提供は行うことができません。

訪問時の職員に対して

- ・訪問時の喫煙はご遠慮ください。
- ・訪問介護員に対しての贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- ・訪問時は、ペットをゲージに入れる、リードに繋ぐなどの配慮をお願いします。
体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早い目に
担当の介護支援専門員又は弊社担当者までご連絡ください。

* 精神疾患等、意思能力に問題がある利用者は、成年後見制度の利用を必要とする場合があります。また、その程度にいたらない利用者も、契約の理解に難がある場合は、家族や地域福祉権利擁護制度の「生活指導員」等の立会を求めることも考えられます。

事業者 所在地 徳島県名西郡石井町浦庄字下浦 339 番地 3 ⑩
 名 称 有限会社 明日香ライフケア
 代表取締役 山口アサエ

説明者 氏名 提供責任者 橘 浩章 ⑩

私は、契約書および本書面により、事業者から介護保険サービスについての重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

※本重要事項説明書と同様に「契約書」にも署名・押印し、それをもって契約開始となる。