

障害福祉サービス 重要事項説明書

1 事業者の概要

| | |
|-----------|--------------------|
| 名称 | 社会福祉法人 恵和福祉会 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 法人所在地 | 網走郡美幌町字稲美 105 番地の7 |
| 電話番号 | (0152) 73-1215 |
| 代表者 | 理事長 西澤 寛俊 |
| 法人が運営する事業 | 施設介護・短期入所生活介護他 |

2 事業所の概要

| | |
|-------------|--|
| 事業所の名称 | ヘルパーステーション アメニティ美幌 |
| 事業所の所在地 | 網走郡美幌町字稲美 105 番地の7 |
| 事業所の電話番号 | (0152) 75-2510 |
| 管理者 | 田屋 秀美 |
| サービス提供地域 | 美幌町・津別町・大空町（女満別町） |
| サービス提供曜日・時間 | 相談受付 平 日）8:45～17:15 土） 8:45～13:00 派遣時間 月～土）8:00～20:00 休業日 日曜・年末年始（12/30～1/3） |
| 事業所番号 | |
| 運営方針 | 利用者の身体等の状況に応じて日常生活が営めるよう、入浴・排泄・食事の介護、調理・洗濯及び掃除等の家事、外出時の介護、相談、助言の援助を行う。 |
| 自己評価の実施状況 | 北海道基準にて年1回実施 |
| 第三者評価の実施状況 | 未実施 |
| 職員への研修の実施状況 | 適時行っている。 |

3 事業所の職員体制

| 職 種 | 常 勤・非常勤 | 資 格 | 人 数 |
|-----------|---------|----------|-----|
| 管理者 | 常勤 | | 1名 |
| サービス提供責任者 | 常勤 | 介護福祉士 | 2名 |
| ヘルパー | 非常勤 | 介護福祉士 | 4名 |
| | 非常勤 | 1級ヘルパー | 0名 |
| | 非常勤 | 2級ヘルパー | 6名 |
| | 非常勤 | 初任者研修修了者 | 1名 |

4 サービスの内容

①身体介護に関する内容

| | |
|--|-----------------------|
| | 食事の介護 |
| | 排泄の介護 |
| | 入浴の介護 |
| | その他日常生活を営むために必要な身体の介護 |

家事援助に関する内容

| | |
|--|-----------------------|
| | 調理 |
| | 洗濯 |
| | 掃除 |
| | その他日常生活を営むために必要な家事の援助 |

外出介護及び日常生活支援

| | |
|--|------------------|
| | 外出時における移動の介護 |
| | 日常生活支援（身体障害者に限る） |

その他のサービス

| | |
|--|----------------|
| | 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 |

5 利用料金

(1) 障害者居宅介護等支給対象サービス利用負担額

原則として、各市町村が定めた利用額の一割分を自己負担分としてお支払い頂きます。(利用者本人又は扶養義務者の負担能力に応じて利用者負担上限月額が設定された場合は、利用者負担上限月額の範囲内において) その他、利用者の身体的理由により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あって、同時に2人のヘルパーによってサービスを提供した場合は2人分の料金を頂きます。

(報酬算定要件に基づき算出した処遇改善加算及び特別地域加算額が、自己負担分に加算されます)

(2) 交通費

上記2で示した「サービス提供地域」におけるサービス利用については、交通費は無料です。それ以外の地域へのサービス提供につきましては、以下の通りです。

| | |
|-------------|------|
| 事業所から10km以内 | 200円 |
| 事業所から10km以上 | 400円 |

(3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

- ・ご利用の24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いただかなかつた場合 全額

(4) その他

利用者のお住まいでサービスを提供するために必要となる水道、ガス、電気、電話等の費用は利用者にご負担いただきます。

(5) 支払方法

上記料金の支払は、1ヶ月ごとに計算し、翌月10日頃に発送しますので末日までにお支払い下さい。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ① 障害者居宅介護等について支給決定を受けた方で、当事業所のサービス利用を希望される方は、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説明します。
- 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提供を開始します。契約の有効期間は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あたっては、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。

(2) サービスの終了

- ① 利用者が当事業所に対し7日間の予告期間をおいて文章で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院など止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、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、利用者は文章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の支払を2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず、7日以内に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従業者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、事業者は文章で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を中止させていただくことがあります。
- ④ 当事業所を閉鎖または縮小する場合など止むを得ない事情がある場合、契約を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。この場合、契約を解除する日の30日前に文章で通知します。

(3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

- ① 利用者が施設に長期入所した場合
- ② 障害者居宅介護等の支援費支給期間が終了し、その後支給決定がない場合
- ③ 利用者が亡くなった場合

7 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

【主治医】

| | |
|-------|--|
| 医療機関名 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| 主治医氏名 | |

【ご家族等緊急連絡先】

| | |
|--------|--|
| 氏名（続柄） | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |

8 この契約等に関する苦情・相談窓口（当事業所ご利用相談・苦情窓口）

| | |
|------|--------------------------------------|
| 担当者 | (虐待防止責任者) 田屋 秀美、大泉 恵子 |
| 電話番号 | (0152) 75-2510 |
| 受付時間 | (月)～(金) 8:45～17:15 (土) 8:45～13:00 |

9 個人情報の保護

- 1 当施設では、個人の権利・利益を保護するために、個人情報を適切に管理することを社会的責務と考え、個人情報保護法ならびに当法人が定めた個人情報保護方針に基づき、適正な取り扱いを推進し、漏えい等の問題に対処する体制を整備します。
- 2 当施設では、利用者の個人情報を内部規定に従って収集するとともに、別紙「患者・利用者様の個人情報の保護について」および「通常の業務で想定される個人情報の利用目的」を示し、あらかじめ個人情報の取扱について、説明し同意を得るものとします。
- 3 「通常の業務で想定される個人情報の利用目的」以外の事柄が生じた場合には、改めて利用者から同意を得るものとします

(人権の擁護及び虐待防止に関する事項)

- 10 事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止・成年後見人制度の利用支援等のため責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるよう努めるものとします。