

重要事項説明書

指定居宅介護事業所 **楽しくサポートセンター ホームヘルプ卯**

平成27年12月1日指定 重要事項説明書改定：令和8年2月1日

1. 事業所の概要

1) 事業所の運営方針

保険・医療・福祉との連携を大切にし、地域の皆様への介護サービスに貢献します。常に知識と技術の向上に努め真心を持って御利用者本位の質の高いサービスを提供致します。

2) 事業の目的

事業所は、障害者総合支援法等の関係法令及びこの契約書に従い、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適切な居宅介護を提供する事を目的とします。

3) 法人の概要

事業者名称：株式会社アイランドケア

代表者氏名：代表取締役 島 徹

本社所在地：福岡市南区野多目1丁目10-1

連絡先：電話(092)984-1505 FAX:(092)984-1497

法人設立年月日：平成27年10月21日

4) 事業所の所在地及び電話番号

事業所名：楽しくサポートセンター ホームヘルプ卯

所在地：福岡市南区野多目1丁目10-1 事業所番号：4011201201

電話：(092)984-1505 FAX:(092)984-1497

5) 通常の事業の実施地域：福岡市（南区・博多区・中央区・城南区）、春日市、那珂川市

2. 担当事業所の職員体制と担当者名【R8.2.1～】

・管理者：1名（**荒木 陽子**） ・サービス提供責任者：3名

・介護職員：18名（うち非常勤16名）

上記のうち 介護福祉士 延べ8名（うち非常勤 延べ4名）

介護職員実務者研修修了者 延べ5名（うち非常勤 延べ3名）

介護職員初任者研修修了者 延べ12名（うち非常勤 延べ11名）

（ヘルパー1・2級、看護師）

*訪問介護員は、常に身分証を携帯しており、必要な場合はいつでも提示を求める事が出来ます。

【職務内容】

・**管理者**：利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を常時適切に把握しながら、従業者及び業務の一元的な管理・指揮命令を行う。

・**サービス提供責任者**：利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて障がい福祉サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容などを記載した居宅サービス計画書を作成し、実施・記録する。障がい福祉サービスの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う。

・**介護職員**：訪問介護サービスの実施及び記録を行う。

3. 営業日及び営業時間

事務所の営業日時：月曜日～金曜日 9:00～18:00

（但し、土曜日、日曜日、8/13～8/15、12/31～1/3は休業日）

サービス提供日時：月曜日～日曜日 8:30～20:00

（但し、8/13～8/15、12/31～1/3は休業日、時間外は応相談）

※お電話でのご連絡は、事業所の営業日及び営業時間内をお願いいたします。

4. 当事業所が提供するサービス

サービスの提供にあたっては、地域生活支援事業受給者証の決定の内容に沿って「個別サービス計画」を作成し、これに従って計画的にサービスを提供します。

5. サービスの主たる対象者

身体障がい者・知的障がい者・障がい児

6. 利用者負担額（利用料）

1) サービスに対する利用者負担額は障害者総合支援法等の関係省令に基づくものとし、「地域生活支援事業受給者証」に記載されたとおりとします。

■福岡市内・春日市

サービス類型		30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1.5時間未満	以後30分毎
移動支援	身体介護を伴う	¥297	¥469	¥682	¥94～99
	身体介護を伴わない	¥126	¥237	¥332	¥79～83

■那珂川市

サービス類型		30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1.5時間未満	以後30分
移動支援	身体介護を伴う	¥290	¥458	¥666	¥92～96
	身体介護を伴わない	¥123	¥232	¥324	¥78～81

※障害者総合支援法に基づく障がい福祉サービス及び地域生活支援事業(移動支援、生活サポート、日中一時支援)に係る利用者負担額の合計が利用者負担上限月額を越えた場合は、利用者負担額の請求金額は上限月額まで減額されます。

②交通費（全額自己負担）

サービスにおいて発生しました訪問介護員の交通費につきましては、利用者様にご負担いただきます。また、事業所が設定していますサービス提供地域以外に該当する場合においても、交通費をご負担いただくことになります。

③支給決定を受けた以外のサービス利用に係る費用（全額自己負担）

地域生活支援事業の支給決定を受けた内容以外のサービスの利用に係る費用は、利用者の方がご負担いただくこととなります。

2) 利用者負担金のお支払方法は、国民健康保険団体連合会にて利用者の負担額が確定(ご利用月の2ヶ月後)した後の請求になります。確定した月の翌月15日までに請求書を発行しますので末日までにお支払いください(お支払方法：口座引落・集金等ご相談下さい)。

※交通費につきましては、通常事業実施地域につきましては無料。(それ以外の地域につきましては片道1kmに実費¥50徴収させていただきます)

3) 事業者は利用者から負担額の支払いを受けた場合は、利用者又はご家族の方へ領収書を交付します。

7. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

提供するサービスの第三者評価の実施状況は【未実施】となっております。

8. サービス提供のキャンセルおよび変更について

1) 利用者の方がサービス利用の中止(キャンセル)変更をする際には、すみやかに次の連絡先(又は担当のサービス提供責任者)までご連絡ください。

連絡先(電話) : 092-984-1505

連絡先(ファックス) : 092-984-1497

2) 利用者の方の都合でサービスを中止・変更(日・時)する場合は、サービス開始予定時間の2時間前までにご

連絡下さい。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800円の変更・キャンセル料を請求させていただきます。但し、緊急な入院等のやむを得ない場合は事業所等の判断でいただかない場合も有ります。

9. 事故発生時の対応

ご家族や関連機関への報告・対応を迅速に行います。また、サービスの提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には当社加入保険によりその損害を賠償します。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合にはこの限りでは有りません。なお、下記の損害賠償保険に加入しております。

保 険 会 社	保険会社：東京海上日動火災保険株式会社 TEL：092-752-1811
保 険 内 容	超ビジネス保険(事業活動包括保険) 賠償責任保険

10. 虐待防止について

御利用者の人権の擁護・虐待防止等のために次に掲げる措置を講じます。

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	荒木 陽子
-------------	-------

2) 御利用者及び事業所等からの連絡を受けた際に、適切に対応するための指針・体制を整備します。

3) 職員に対する虐待防止を啓発・普及するための委員会の設置及び研修を実施しています。

4) 成年後見制度の利用を支援します。

5) 行政や地域包括支援センター等との虐待等における通報先との連携・協力を努めます。

11. 身体拘束の禁止について

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いたします。

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開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。

3) 身体拘束等の適正化のための指針を整備いたします。

4) 従業員に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施いたします。

12. 暴言・暴力・ハラスメントについて

暴言・暴力・ハラスメントに対するために次に掲げる措置を講じます。

1) 暴言・暴力・ハラスメントへの組織・地域での適切な対応を図るとともに、責任者を選定しています。

ハラスメントに関する責任者	荒木 陽子
---------------	-------

2) 職員に対する暴言・暴力・ハラスメントを防止し、啓発・普及するための研修を実施しています。

3) 暴言・暴力・ハラスメント行為が御利用者やその家族から、職員に対してあった場合には解約するだけでなく、法的な措置とともに損害賠償を求めることがあります。

① 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）

例：コップを投げつける／蹴る／唾を吐く

② 職員に対する精神的暴力

（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）

例：怒鳴る／特定の職員に嫌がらせをする／「この程度でできて当然」と理不尽なサービスを要求する／サービスに必要な職員個人の情報を聞き出す

③ 職員に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、性的ないやがらせ行為）

例：必要もなく手や腕を触る／抱きしめる／あからさまに性的な話をする

13. 感染症対策について

感染症の発生及びまん延等に関する取組みとして、委員会の設置・指針の整備・研修及び訓練を実施していきます。

14. その他運営に関する重要事項

1) サービス提供の際の事故やトラブルを避ける為に訪問介護員は次の各号に該当する行為は行いません。

① 契約者もしくはその家族からの金銭または高価な物品の授受

② 飲酒及び契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙

③ 契約者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

2) ヘルパーがご利用者のご自宅を訪れる際には、予期せぬ事故やトラブルを避けるために、スタッフとペットとの接触を避けるようご配慮をお願いいたします。

15. 苦情・相談窓口

サービス提供への苦情については、下記のサービス提供責任者が窓口となり対応しますのでご連絡下さい。

連絡先：サービス提供責任者（ _____ ）

電話番号：092-984-1505 ※サービス提供責任者が変更の場合はその責任者となります。

【公的機関】公的機関へ直接ご相談することもできます。

南区役所福祉・介護保険課	南区塩原3-25-32階	TEL：092-559-5121	FAX：092-512-8811
博多区役所福祉・介護保険課	博多区博多駅前2-19-243階	TEL：092-419-1079	FAX：092-441-1701
城南区役所福祉・介護保険課	城南区烏飼6-1-1	TEL：092-833-4102	FAX：092-822-0911
中央区役所福祉・介護保険課	中央区大名2-5-31	TEL：092-718-1100	FAX：092-715-5010
春日市福祉支援課	春日市原町3-1-55階	TEL：092-584-1127	FAX：092-584-1154
那珂川市障がい者支援課	那珂川市西隈1丁目1番1号	TEL：092-953-2211	FAX：092-953-2312
福岡県社会福祉協議会運営適正化委員会	春日市原町3-1-7	TEL：092-915-3511	FAX：092-915-3512
福岡県国民健康保険団体連合会（国保連）	博多区吉塚本町13番47号	TEL：092-642-7848	FAX：092-642-7857

16. 写真等の肖像物の掲載について

事業内容や取り組みの紹介をするために、ケアの様子等を写真や映像で記録し、当社の公式 SNS やホームページなどに掲載することについてご協力をお願いしております。なお、掲載する写真や映像は、プライバシー保護に配慮し、個人情報についても適切に取り扱います。同意した後においても、本同意を撤回する場合や掲載の許可範囲を変更する場合は、お気軽にお知らせください。

★いずれかへチェックをお願いいたします

私の肖像などを撮影した写真・映像を使用することを理解して同意します。この同意により、私本人または第三者から、クレームなどの異議申し立てが一切なされないことを保証します。

私の肖像などを撮影した写真・映像を使用することについて希望いたしません。

※ご協力いただけない場合においても、サービス提供やご対応について一切変わりございません。

サービス提供開始にあたり、ご利用者または代理人に対して

○重要事項について説明致しました。

事業所名： 楽しくサポートセンター ホームヘルプ卯

説明者： 氏名

○私は本書面により、

サービスの利用に際し重要事項の説明を確かに受け、これに同意いたします。

_____ 年 月 日

御利用者 氏名 _____

(署名が困難な場合の理由： _____)

代理人 氏名 _____ 続柄： _____