

いなかわ障害福祉サービス事業重要事項説明書

1 法人の概要

名称	社会福祉法人いなかわ福祉会	
法人種別	社会福祉法人	
法人所在地	秋田県湯沢市川連町字平城下14番地3	
電話番号	0183-42-2557	
代表者氏名	理事長 佐藤 正 明	
法人が所有する 営業所の種類・数	特別養護老人ホーム	1ヶ所
	サテライト型特別養護老人ホーム	2ヶ所
	通所介護事業所	2ヶ所
	短期入所生活介護事業所	1ヶ所
	訪問介護事業所	1ヶ所
	居宅介護支援事業所	1ヶ所
	小規模多機能型居宅介護事業所	1ヶ所
	幼保連携型認定こども園	1カ所
	地域包括支援センター	1ヶ所
	放課後児童クラブ	1ヶ所

2 事業者の概要

事業所の名称	いなかわ障害福祉サービス事業所
事業所の所在地	秋田県湯沢市駒形町字八面狐塚58番地
事業所の電話番号	0183-78-5305
サービス提供地域	原則として湯沢市
サービス提供 曜日・時間	年中無休 午前6:00～午後10:00
事業所番号	秋田県 0510700792 (平成24年10月1日)
運営方針	障害者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、その有する能力に応じ自立した日常生活が営むことができるよう介護、その他の生活全般にわたる援助を行う。
第三者評価の 実施状況	定期的開催
職員への研修の 実施状況	定期的実施

3 事業所の職員体制

職種	常勤(人)	非常勤(人)	合計人数	資格等
管理者	1人		1人	介護福祉士
サービス提供責任者	1人		1人	介護福祉士
介護職員	2人	3人	6人	介護福祉士 ホームヘルパー2級

4 障害福祉サービスの内容

(1) 身体介護 (ご家庭に訪問し、入浴や排泄、食事などの介助をします。)

食事介助	食事の介助を行います
排泄介助	排泄の介助。おむつ交換を行います。
入浴介助	入浴の介助や清拭(体を拭く)、洗髪などを行います。
更衣介助	衣服の着脱の介助を行います。
通院介助	通院の介助を行います。
喀痰吸引	痰の吸引の介助を行います。
経管栄養	経管栄養の流入の介助をおこないます。
その他必要な介助	その他必要な身体介護を行います。

(2) 家事援助 (ご家庭に訪問し、調理、洗濯、掃除などの生活の援助をします。)

調理	利用者の食事の用意をします。
住居の掃除	利用者の居室の掃除や整理整頓をおこないます。
衣類の洗濯	利用者の衣類等の洗濯を行います。
買い物	利用者の日常生活に必要な物品の買い物をします。
その他	関係機関への連絡調整など必要な家事を行います。

※預貯金の引き出しや預け入れは行いません。(預貯金通帳・カードはお預かりできません。)

※利用者以外の方の調理や洗濯、利用者以外の方の居室や庭等の敷地の掃除は原則として行いません。

(3) その他のサービス

- ・安否確認、安全確認、見守り
- ・介護等の相談

5 利用料金

(1) 自立支援給付費対象サービス利用負担額

利用者本人及び扶養義務者の負担能力に応じ、市町村が定めた額(利用者負担額)。ただし、利用者の身体状況により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、利用者の同意のもと2人のヘルパーでサービスを提供した場合は、2人分の負担額をいただきます。

※利用者出身世帯が他の市町村に転出する場合は、利用者負担額が変わることがありますので、あらかじめ事業所までご連絡をお願いします。

※事業者が利用者に代わり市町村から受領した支援費の額については、利用者へ通知します。

(2) 交通費

「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、当事業所の従業員がお伺いするための交通費の実費をいただきます。

交通費実費	実施地域を越えた地点から、片道10キロメートル以上 1kmにつき 50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いた場合 → 当該料金の50%
- ・ご利用の12時間前までにご連絡いただかなかった場合 → 当該料金の100%

(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

上記利用料金の支払いは、1ヶ月ごとに計算し、翌月15日までに請求しますので、事業所指定日までにお支払いください。支払いは、原則として自動口座引き落としとしてお願いします。ただし、これによりがたい場合は、現金または振込みでお願いします。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

ア 介護援給付決定を受けた方で、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します。

イ 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します。契約の有効期間は介護援給付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。

ウ 居宅介護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

ア 利用者が当該事業者に対し1ヶ月間の予告期間において文書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、急な入院などやむを得ない事業がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。

イ 当該事業者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、または当事業者が破産した場合、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。

ウ 利用者がサービス利用料金の支払いを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、1ヶ月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くことがあります

エ 当該事業所を閉鎖又は縮小する場合などやむを得ない事業がある場合は、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日前までに文書で通知します。

(3) 契約の自動終了

次に場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

ア 利用者が施設に入所した場合

イ 自立支援給付支給期間が終了し、その後支給決定がない場合(所定の期間の経過をもって終了します。)

ウ 利用者が亡くなった場合

7 サービスの利用に関する留意事項

(1) ホームヘルパーについて

ア サービス提供時に担当のホームヘルパーを決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数のホームヘルパーが交替でサービスを提供します。担当のホームヘルパーや訪問するホームヘルパーが交替する場合は、予め利用者に説明するとともに、利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。

イ 利用者から特定のホームヘルパーを指名することはできませんが、ホームヘルパーについてお気づきの点やご要望がありましたら、相談窓口等にご遠慮なく相談ください。

(2) サービス提供について

ア サービスは、「居宅介護計画」に基づいて行います。実施に関する指示、命令はすべて事業者が行います。ただし、実際の提供にあたっては、利用者の訪問時の状況・事情・意向等について十分に配慮します。

(3) サービス内容の変更

ア 訪問時に、利用者の体調等の理由で居宅介護計画で予定されていたサービスの実施ができない場合には、利用者の同意を得て、サービスの内容を変更します。その場合事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

(4) 受給者証の確認

ア 「受給者証」の記載内容の変更があった場合は速やかにホームヘルパーにお知らせください。また、示くださいますようお願いいたします。

(5) ホームヘルパーの禁止行為

ホームヘルパーは、サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ①医療行為
- ②利用者もしくはご家族等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
- ③利用者もしくはそのご家族等からの金銭又は物品、飲食の授受
- ④ご契約者の家族等に対するサービスの提供
- ⑤飲酒・喫煙及び飲食(移動介助等において利用者の同意を得て利用者と一緒に飲食を行う場合は除きます。)
- ⑥身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(利用者又は第三者等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く)
- ⑦利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動及びその他迷惑行為

8 サービス実施の記録について

(1) サービス実施記録の確認

サービス提供ごとに、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。

(2) 利用者の記録や情報管理、開示について

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。(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。)

9 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	
住所	
電話番号	
続柄	

10 この契約に関する苦情・相談窓口

(1) 当事業所ご利用者相談・苦情窓口

担当者	藤岡 実希
電話番号	0183-78-5305
受付時間	午前 8:30 ~ 午後 5:30

(2) 当事業所以外に、秋田県、市の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

担当部署	湯沢市役所 市民生活部福祉事務所介護保険班
電話番号	0183-73-2111
受付時間	午前 8:30 ~ 午後 5:15

令和 年 月 日

障害福祉サービス事業の利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者 (所在地) 秋田県湯沢市駒形町字八面狐塚58番地
(名称) いなかわ障害福祉サービス事業所
理事長 佐藤 正明 印
(説明者) 氏名 印

私は契約書及び本書面により、これからサービスを受ける障害福祉サービス事業の重要な事項について、事業所から説明を受けました。

利用者 (住所) 湯沢市
(氏名) _____

代理人又は立会人 (住所) 湯沢市
(氏名) _____ 印