

障がい福祉サービス（居宅介護等） 重要事項説明書

利用者様に対するサービスの提供開始にあたり、上田市の規定に基づき、当事業者が利用者へ説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 恵仁福祉協会
主たる事業所の所在地	〒386-2201 長野県上田市真田町長 7141-1
代表者（職名・氏名）	理事長 小林 彰
設立年月	平成 4年 4月
電話番号	0268-72-2781

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ホームヘルパーステーションアザレアン	
サービスの種類	居宅介護・重度訪問介護	
事業所の所在地	〒386-2201 長野県上田市真田町長 7329-4	
電話番号	0268-75-1203	
指定年月日・事業所番号	令和 2年 5月	2010301071
管理者の氏名	尾澤 美恵	
通常の事業の実施地域	上田市真田町全域	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	社会福祉法人恵仁福祉協会が設置するホームヘルパーステーションアザレアン（以下事業所という。）において実施する指定障がい福祉サービス事業の居宅介護（以下「指定居宅介護」という。）重度訪問介護（以下「指定重度訪問介護」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、指定居宅介護、指定訪問介護の円滑な運営管理を図るとともに、利用者、障がい者及び障がい者の保護者（以下「利用者様等」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指定居宅介護等の提供確保することを目的とします。
運営の方針	事業所は、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、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。

4. 事業実施地域及び営業時間

通常の実施地域	上田市真田町全域、上田市菅平高原
営業日	365日・年中無休
営業時間	24時間（通年）
受付時間	月～金 午前8時30分～午後5時30分

5. 事業所の職員体制

従業者の職種	業務内容	人数
管理者	業務の一元的な管理	1名（兼務）
サービス提供責任者	居宅介護計画等の作成、実施状況等の把握等	1名以上（兼務）
ヘルパー	ヘルパー業務	1名以上（兼務）

6. サービス提供の責任者

利用者のサービス提供の責任者は下記のとおりです。

サービス利用に当たって、ご不明な点やご要望などありましたら、なんでもお申し出ください。

サービス提供責任者の氏名	尾澤 美恵
--------------	-------

7. 提供するサービスの区分と内容

①身体介護	食事介護、排泄介助、入浴介助、清拭、体位変換、整容、衣類の着脱介助など
②家事援助	調理、洗濯、掃除、買い物など
③重度訪問介護	全身性障がいがある方など日常生活に常時の支援を要する方に身体介護、家事援助、その他生活全般にわたる見守り等の支援を行います。

④必要に応じて、健康や日常生活上の状況をお伺いし、生活上のご相談や助言を行います。

8. サービスにあたっての留意事項

(1) 訪問介護員について

サービスの提供にあたり訪問介護員は以下の業務が行えませんのでご注意ください。

- ① 医療行為
- ② 利用者もしくはそのご家族等の金銭、預金通帳、証書、書類等の預かり
- ③ 利用者もしくはそのご家族からの金銭または物品、飲食の授受
- ④ 利用者の同居家族に対するサービスの提供
- ⑤ 利用者宅での飲酒・喫煙・飲食
- 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や身体を保護するため緊急やむ得ない場合を除く)
- ⑦ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス（大掃除、庭掃除など）
- ⑧ 利用者又は家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他の迷惑行為

(2) 市町村の支給決定内容等の確認

サービス提供に先立って、受給者証に記載された支給量・支給内容・利用者負担上限額を確認させていただきます。受給者証に何らかの変更があった場合は事業所へお知らせください。

(3) 個別サービス計画書等の作成・サービス内容の変更

①利用者及び家族の意向に配慮しながら「個別サービス計画」を作成します。作成した「個別サービス計画」は利用者又はご家族に内容説明を行い確認していただき、同意を得たうえで利用者またはご家族からの署名、捺印をいただきます。サービスの提供は「個別サービス計画」に基づいて行います。実施に関する指示や命令はすべて事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者等の訪問時の状況や意向に十分な配慮を行います。

②訪問時に利用者の体調等の理由で「個別サービス計画」に記載されている、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、サービス内容を変更させていただく場合があります。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料金を請求します。また、サービス利用の変更、追加は従業者の稼働状況により、利用者が希望する時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど、必要な調整をいたします。

(4) サービス提供の記録について

①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、利用者にご確認をしていただき署名または捺印をしていただきます。

②これらの記録はサービス完了の日から5年間保存し、利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

(複写等にかかる費用は実費をいただきます)

(5) 担当ヘルパーの決定等

サービス提供時に、担当の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、複数のヘルパーが交替してサービスを提供します。担当のヘルパーや訪問するヘルパーが交代する場合は、あらかじ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。利用者から特定のヘルパーを指名する事はできませんが、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、受付窓口等にご遠慮なく相談ください。

(6) サービス実施のために必要な備品等の使用

サービス実施のために必要な備品等(水道、ガス、電気を含む)は無償で使用させていただきます。また、ヘルパーが緊急時等に連絡する際、電話を使用させていただく場合があります。

9. 秘密の保持と個人情報の保護について

事業者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」及び厚生労働省が策定した福祉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ドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

①事業者及び事業者の使用する者(以下「従業者」という)は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。

②また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。

③事業者は、従業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、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約締結時に従業者からの誓約事項とします。

(2) 個人情報の保護について

①事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する

他の障がい福祉サービス事業者等に、利用者の個人情報を提供しません。また、利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。

- ②事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるもの他、電磁記録を含む）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- ③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じて、その内容を開示するとともに開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります）

10. 利用者負担額

前記サービスの利用に関しては、法令に従い受給者証の記載内容に基づく利用者負担額もしくは市町村の決定する利用者負担額『利用者本人及び扶養義務者の負担能力に応じ市町村が決定する額（利用者負担額）』をお支払いいただきます。

所得区分	世帯の収入状況	月額負担額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得	市町村民税非課税世帯	0円
一般 1	市町村民税課税世帯（所得税 16 万未満） （注）入所施設利用者（20 歳以上）及びグループホーム利用者を除く	9,300円
一般 2	上記以外	37,200円

※利用者負担額の上限について

負担上限に達する見込みがあり、かつ複数の事業者によるサービスを利用する場合は上限管理事務を行う事業所を選定する場合があります。

11. 利用料金

【基本部分】

（7級地 1単位=10.18円）

サービスの内容	サービスの所要時間	利用者負担額
身体介護	30分未満	256単位/1回
	30分以上1時間未満	404単位/1回
	1時間以上1時間30分未満	587単位/1回
	1時間30分以上2時間未満	669単位/1回
	以後30分増すごとに加算	83単位/1回 加算
家事援助	30分未満	106単位/1回
	30分以上45分未満	153単位/1回
	45分以上1時間未満	197単位/1回
	1時間以上1時間15分未満	239単位/1回

	1時間15分以上1時間30分未満	275単位/1回
	1時間30分以上	311単位に15分増すごとに35単位加算
重度 身体 介護	1時間未満	186単位/1回
	1時間以上1時間30分未満	277単位/1回
	1時間30分以上2時間未満	369単位/1回
	2時間以上	追加料金等はサービスを行う時間によってお伝えします。

【加算】以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額
		利用者負担額
特別地域加算	厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して居宅介護等を行なった場合に加算する	1回につき所定の単位数の15%加算
初回加算	新規の利用者へサービス提供責任者がサービスを行った場合又は従業者に同行した場合に加算(初回の月のみ)	200単位/初回月
緊急時対応加算	利用者様や家族等からの要請を受け、24時間以内にサービスを提供した場合(1回につき)月2回まで	100単位/1回
夜間・早朝 深夜加算	夜間(18時~22時)又は早朝(6時~8時)にサービス提供する場合	25%増し
	深夜(22時~翌朝6時)にサービス提供する場合	50%増し
利用者負担上限 管理加算	利用者様の依頼により、事業者が利用者負担額を徴収しないよう、利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合	150単位/月
処遇改善加算	上記基本料金と各種加算合計に(サービス区分により異なる)加算されます	

※サービス提供時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、個別サービス計画等に位置づけた時間数によるものとします。なお、時間数と実際にサービス提供に要した時間が大幅に異なる場合は個別サービス等の見直しを行います。

※やむを得ない事情で、かつ利用者の同意のもと、従事者2人で訪問した場合の費用は2人分となり、利用者負担額も2倍となります。

※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(利用者負担を除く)を申請してください

12. 利用の中止・変更・追加

- ①利用予定日の前に利用者の都合により、居宅介護サービス等の利用を中止・変更・又は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービス実施日の前日までに事業所にお申し出ください。
- ②利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止を申し出された場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただきます。但し、利用者の体調不良等正当な理由がある場合は、この限りではありません。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定時間の 12 時間前までに申し出があった場合	無料
利用予定時間の 12 時間前までに申し出がなかった場合	当該基本料金の 100%

③サービス利用の変更追加の申し出に対して、訪問介護員の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用日時を利用者に提示して協議します。

④利用者又は家族が、事業者や職員又は他の利用者に対して、この契約を継続しがたいほどの背信行為（身体的暴力及び精神的暴力（大声を出す・怒鳴る等））並びにセクシャルハラスメント（必要なく手や腕を触る等のハラスメント行為を含む）を行ない、その状態が改善されない場合は契約を中止します。

13. 支払方法

上記（1）から（3）までの利用料（利用者負担分の金額）は1か月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、30日以内に差上げます。

支払方法	支払要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の 27 日（祝休日の場合はそのあとの平日）に利用者が指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	次のいずれかの口座よりお振込みください。 ① 八十二銀行 真田支店 普通預金 1 1 4 5 9 8 ② 上田信用金庫 真田支店 普通預金 2 7 3 7 1 ③ 長野銀行 上田支店 普通預金 8 4 3 3 9 5 0 ④ 郵便局 0 0 5 0 0 - 3 - 6 5 6 8 6 【口座名義】社会福祉法人恵仁福祉協会（フク.ケイジンフクシキョウカイ）
現金払い	平日 8 時 30 分から 17 時 30 分までの間にお越しく下さい

14. 緊急時における対応方法

サービスの提供中に様態の変化等あった場合は、事前の打ち合わせにより主治医、救急隊、親族、相談支援事業所等へ連絡をします。

医療機関 の名称		診療科目	
主治医 氏名		連絡先	
家族 氏名			(続 柄)
家族 連絡先			

15. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が生じた場合は、速やかに利用者の家族、市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する居宅介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行います。

16. 身体拘束の禁止

利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

(利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く)

17. 虐待防止に関する対策

虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講ずるものとします。

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ② 虐待防止のための指針を整備します。
- ③ 従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的を実施します。
- ④ 前3項に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。
- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(利用者の家族等)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、これを市町村に通報します。

18. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0268-75-1203 / 管理者 尾澤 美恵
---------	-------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付窓口	上田市障がい者支援課	電話番号 0268-23-5158
	障がい者虐待通報・届出窓口	電話番号 0268-28-5522
	長野県障がい者権利擁護(虐待防止)センター	電話番号 026-235-7107

(3) 第三者委員会 公正中立な立場で、苦情を受け付け相談にのっていただける機関です。

第三者委員氏名	木下 文夫	FAX 番号 0268-23-5081
	小市 正輝	FAX 番号 0268-72-3914
	牧内 勝年	FAX 番号 0268-72-2569
	飯島 恵美	メール: megumi-i@thereisno-planetb.com
	師川 敦子	FAX 番号 0268-25-3363

19. 損害賠償について

事業所において、事業所の責任により利用者様に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、利用者様に故意又は過失が認められた場合には、利用者様のおかれた心身の状況等を斟酌して減額するのが相当と認められた場合には、損害賠償責任を減じさせていただきます。

20. 当法人の概要

定款の目的に定めた事業

- (1) 第一種社会福祉事業
 - ①特別養護老人ホームの経営
- (2) 第二種社会福祉事業
 - ①老人短期入所事業の経営
 - ②介護予防老人短期入所事業の経営
 - ③老人デイサービス事業の経営
 - ④介護予防デイサービス事業の経営
 - ⑤認知症対応型共同生活援助事業の経営
 - ⑥介護予防認知症対応型共同生活援助事業の経営
 - ⑦老人居宅介護等事業の経営
 - ⑧介護予防老人居宅介護等事業の経営
 - ⑨障害福祉サービス事業の経営
 - ⑩小規模多機能型居宅介護事業の経営
 - ⑪介護予防小規模多機能型居宅介護事業の経営
 - ⑫認知症対応型通所介護事業の経営
 - ⑬介護予防認知症対応型通所介護事業の経営
 - ⑭日常生活支援総合事業の経営

定款の公益を目的に定めた事業

- (3) 公益事業
 - ①訪問看護事業
 - ②居宅介護支援事業
 - ③訪問入浴介護事業
 - ④宅老所スポットステイ（宿泊）事業
 - ⑤地域交流施設アゼリアの管理運営
 - ⑥地方自治体からの指定管理業務事業
 - ⑦有償日常生活支援サービス事業
 - ⑧サービス付き高齢者向け住宅の経営事業
 - ⑨企業内保育所の経営事業

21. 第三者評価の実施 「 有 ・ 無 」

実施した直近の年月日 令和6年10月8日

実施した評価機関の名称 コスモプランニング（有）

評価結果の開示状況 ホームページにて開示 <http://www.azarean.jp>

22. その他

令和 年 月 日

事業者は、利用者様へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者所在地	長野県上田市真田町長 7329 番地 4
事業者名	ホームヘルパーステーションアザレアン
管理者	尾 澤 美 恵 (印)
説明者	(印)

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、居宅介護、重度訪問介護サービス提供開始に同意しました

利用者住所	
氏名	(印)

代理人住所	
本人との続柄	
氏名	(印)