

スキップホームヘルプサービス（障害福祉サービス）重要事項説明書

1 事業者の概要

名 称	社会福祉法人田尻福祉会		
法 人 種 別	社会福祉法人		
法 人 所 在 地	宮城県大崎市田尻通木字中崎東24番地の2		
電 話 番 号	0229-38-1203		
代 表 者 氏 名	理事長 富田 栄		
法人が所有する 営業所の種類・数	介護福祉施設	1 施設	軽費老人ホーム 1 施設
	居宅介護支援	1 施設	通所介護 2 施設
	訪問介護	1 施設	認知症対応型共同生活介護 1 施設

2 事業所の概要

事業所の名称	スキップホームヘルプサービス
事業所の所在地	宮城県大崎市田尻通木字中崎東10番地1
事業所の電話番号	0229-38-1070
事業の実施区域	大崎市の一部（田尻地域）
営業日及び 営業時間	営 業 日：年中無休 営 業 時 間：24 時間
事業所番号	居宅介護・重度訪問介護 0411500192（平成18年10月1日指定）
運 営 方 針	<p>1 利用者に対し、障害者総合支援法の趣旨にしたがって、利用者の心身の状況、置かれている環境及び家族の希望等を考慮し、個別支援計画を作成し、利用者が居宅において日常生活を営むことができるようサービスを提供します。</p> <p>2 関係市町村、他の指定居宅支援事業者、その他保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>3 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。</p>
第三者評価の実施の有無	無

3 事業所の職員体制

	業務内容	計
管理者 (特養施設長兼務)	総括, 管理	1名
課長/係長	管理	各1名
サービス提供責任者 (介護福祉士訪問介護員兼務)	相談, 計画作成	2名以上
事務職員	一般事務	1名以上
訪問介護員	身体介護・生活援助	5名以上

4 サービスの内容

①居宅身体介護

食事の介護, 排せつの介護, 衣類脱着の介護, 入浴の介護, 身体の清拭・洗髪
通院等の介助, その他必要な身体の介護

②居宅生活介護

調理, 衣類の洗濯・補修, 住居等の掃除・整理整頓, 生活必需品の買い物
関係機関との連絡, その他必要な家事

③重度訪問介護

重度の肢体、知的、精神障害があり常に介護を必要とする方に対して生活全般にわたる援助や外出時における移動中の介護を総合的に行う。

④その他のサービス

個別支援計画の作成、生活・介護等に関する相談・助言

5 利用料金

(1) 利用者負担額

- 上記サービスの利用に対しては、通常9割が介護給付費の給付対象となります。
利用者負担分として基本的には、サービス料金の1割を事業者にお支払い頂きます。
※利用負担額は、上限月額が定められています。障害福祉サービス受給者証に記載されていますのでご確認ください。
- ※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人分の料金をいただきます。なお、深夜帯は防犯のためヘルパー2人体制での訪問となり、2人分の料金(倍額)となります。
- ※利用者の出身世帯が他の区市町村に転出する場合は、利用者負担額が変わることもありますので、あらかじめ事業者までご連絡をお願いします。
- ※事業者が利用者に代わり区市町村から受領した介護給付費の給付額については、

利用者に通知します。

※サービス提供責任者が初回の指定訪問介護を行った場合又は利用者が過去二月に指定訪問介護の提供を受けていない場合に初回加算の料金をいただきます。

※その他、必要に応じ利用料について確認をさせていただきます。

(2) 交通費

事業所の概要で示した「事業の実施区域」におけるサービス利用については、交通費は無料です。

それ以外の区域での事業の実施につきましては、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。

- | | |
|---------------------------|--------|
| ①通常の事業の実施区域から片道20キロメートル未満 | 400円 |
| ②通常の事業の実施区域から片道20キロメートル以上 | 1,000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 | →基本料金の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 | →基本料金の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か月ごとに計算し、翌月15日までに請求しますので、25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でお願いします。ただし、これによりがたい場合は、現金または振込でお願いします。

6 サービスの利用について

(1) サービスの利用開始

- ①身体障害者・知的障害者・児童・精神障害者居宅介護について介護給付費の支給決定を受けた方で、当事業者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。当事業者のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。
- ②サービス利用が決定した場合は契約を締結し、個別支援計画を作成して、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は介護給付費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居宅介護の提供に当たっては、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利用者が当事業に対し1週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。
- ③利用者がサービス利用料金の支払いを2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、2週間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。
- ④当事業所を閉鎖または縮小する場合などや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日前までに文書で通知します。

(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利用者が施設に入所した場合
- ②身体障害者・知的障害者・児童・精神障害者居宅介護の介護給付費支給期間が終了し、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。）
- ③利用者が亡くなった場合

(4) 虐待の防止について

当事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めています。

虐待防止に関する責任者

虐待防止総括責任者	
-----------	--

(5) 身体拘束について

当事業者は、利用者に対して身体拘束その他の行動を制限する行為は行いません。ただし、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者及び家族に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

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	
主治医氏名	
住所	
電話番号	

【家族等緊急連絡先】

ふりがな 氏名	
続柄	
住所	
電話番号	

8 この契約に関する苦情・相談窓口

当事業所ご利用相談・苦情窓口

担当者	スキップホームヘルプサービス サービス提供責任者
電話番号	0229-38-1070
受付時間	午前8時30分から午後5時15分

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

担当部署	大崎市田尻総合支所 市民福祉課
電話番号	0229-38-1155
受付時間	午前8時30分から午後5時15分

担当部署	福祉サービスに関する運営適正化委員事務局
電話番号	022-716-9674
受付時間	午前9時00分から午後5時

年 月 日

身体障害者・知的障害者・児童・精神障害者居宅介護利用にあたり、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) 宮城県大崎市田尻通木字中崎東10番地1

(名称) スキップホームヘルプサービス

(説明者) _____ 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身体障害者・知的障害者・児童・精神障害者居宅介護の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

利用者

(住所) _____

(氏名) _____ 印

(代理人または立会人等)

(住所) _____

(氏名) _____ 印