

## 指定障害福祉サービス事業 重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第76条に基づき、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

### 1. 事業の目的

有限会社 西田順天堂薬局が開設するヘルパーステーション白岩（以下「事業所」という。）が行う障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための法律（以下「法」という。）に基づく指定居宅介護、指定重度訪問介護、指定同行援護（以下「居宅介護等」という。）の適正なうん事を確保するために人員及び管理運営に関することを定め、事業所の従業者が、支給決定を受けた障害者又は障害児（以下「利用者」という。）に対し、適正な居宅介護等を提供することを目的とする。

### 2. 運営の方針

- ① この事業所が実施する事業は、利用者が居宅において自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、当該利用者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、排せつ及び食事の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言並びにその他の生活全般にわたる援助を適切に行うものとする。
- ② 事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重して、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。
- ③ 事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し市町村、ほかの福祉サービス業者その他の保険医療サービス及び福祉サービスを提供するものとの連携に努めるものとする。

事業の実施にあたっては、前三項のほか、関係法令を遵守する。

### 2. 事業所の概要

事業所名	ヘルパーステーション白岩	
所在地	高知県香南市野市町東佐古727-2	
提供可能サービス	居宅介護	
事業所指定番号	第 3911050148 号	
管理者 及び連絡先	管理者氏名	連絡先
	清藤 美夏	0887-56-1401
サービス提供地域	南国市、香南市、香美市、芸西村、安芸市	

## 2. 事業所の職員体制

管理者1名（常勤職員）

管理者は、事業所の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに事業所の従業者に対し法令等を遵守されるために必要な指揮命令を行う。

サービス提供責任者1名以上（常勤職員）

サービス提供責任者は事業所に対する障害福祉サービスの利用申し込みに係る調整、事業所の従業者等に対する技術指導を行うほか、居宅介護計画を作成し、利用者及びその同居家族にその内容を説明する。

従業者 常勤換算法で2.5名以上

従業者は、居宅介護計画に基づき障害福祉サービスの提供にあたる。

事務員1名 事務職員は、事業所運営に必要な事務を行う。

### ※サービス提供責任者

提供するサービス	氏名	連絡先
居宅介護 重度訪問介護	清藤 美夏 常石 真弓 藤原 知子	0887-56-1401

## 2. 営業時間

（平日） 午前8時30分～午後5時30分

※年末年始（12/30～1/3）は原則として休業します。

又、電話にて緊急時は適宜対応いたします。

（尚、地震、台風、積雪等交通事情により、時間、曜日変更をお願いする場合があります。）

## 3. サービスの内容

### （1）居宅介護

利用者の居宅（自宅）へ、ホームヘルパー等を派遣して、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話を行うサービスです。

具体的には、次のサービス内容区分の中から指定の時間帯に応じて選択されたサービスを提供します。身体程度区分が、区分1以上（身体介護を伴う場合の通院介助は区分2以上）

## 【サービス内容区分】

### ＜身体介護＞

- ①起床介助 ② 就寝介助 ③排泄介助 ④衣服の着脱 ⑤整容介助  
⑥身体の清拭・洗髪 ⑦入浴介助 ⑧食事介助 ⑨体位変換 ⑩服薬管理  
⑪通院等介助 ⑫その他（ ）

### ＜家事援助＞

- ①調理 ②洗濯 ③掃除 ④買物 ⑤薬の受け取り ⑥衣服の入れ替え  
⑦その他（ ）

## 4. 料金について

介護給付費によるサービスを提供した際は、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める基準により算出した額）のうち9割が介護給付費の対象となります。事業者が介護給付費等の給付を市町村から直接受け取る（代理受領する）場合、利用者負担分として、サービス利用料金全体の1割の額を事業者にお支払いいただきます。（定率負担又は利用者負担額といいます）

尚、定率負担または利用者負担額の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

### （1）サービスの種類時間等

### 利用料

#### ＜居宅介護＞

##### ・身体介護

①	30分未満	2,560円
②	30分以上1時間未満	4,040円
③	1時間以上1時間30分未満	5,870円
④	1時間30分以上2時間未満	6,690円
⑤	2時間以上2時間30分未満	7,540円
⑥	2時間30分以上3時間未満	8,370円
⑦	3時間以上	9,210円に30分増すごとに830円加算

##### ・通院等介助（身体介助を伴う場合）

①	30分未満	2,560円
②	30分以上1時間未満	4,040円
③	1時間以上1時間30分未満	5,870円
④	1時間30分以上2時間未満	6,690円
⑤	2時間以上2時間30分未満	7,540円
⑥	2時間30分以上3時間未満	8,390円
⑦	3時間以上	9,210円に30分増すごとに830円加

## 算

### ・家事援助

①	30分未満	1,060円
②	30分以上45分未満	1,530円
③	45分以上1時間未満	1,970円
④	1時間以上1時間15分未満	2,390円
⑤	1時間15分以上1時間30分未満	2,750円
⑥	1時間30分以上	3,110円に15分増すごとに350円加

## 算

- ※ 早朝（午前6時から午前8時）と夜間（午後6時から午後10時）25%増し、深夜（午後10時から午前6時）は50%増しとなります。
- ※ やむを得ない事情で、かつ、お客様の同意を得て、2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。
- ※ 訪問介護初回加算 1月につき2,000円  
（新規に居宅介護計画を作成した利用者に対して、初回に実施した居宅介護と同月内に、サービス提供責任者が自ら居宅介護を行う場合又は、他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合）
- ※ 特定事業所加算Ⅱ 所定単位の10%加算  
（人材の質の確保や、介護職員の活動環境の整備などを行っている事業所に認められる加算です。）
- ※ 緊急時訪問介護加算 1回につき1,000円（月に2回が限度）  
ご利用者からの緊急要請で計画以外のサービスを行った場合
- ※ 利用者負担上限額管理加算 1回につき1,500円（月に2回が限度）  
利用者の依頼により、利用者及びその世帯としての上限額を超えて事業者が利用者負担額を徴収しない様、利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合
- ※ 特定地域にお住まいの方は所定単位の15%加算  
《居宅介護》
- ※ 福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 所定単位の40.2%加算  
（介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。）

### （2）交通費

上記1のサービス提供地域にお住まいの方は無料です。

（それ以外の地域の方は、交通費（実費）が必要です。）

### （3）お支払い方法

利用者の負担額は、毎月25までに請求しますので、下記のいずれかの方法でお支払いください。

- |           |
|-----------|
| ア 窓口で現金払い |
| イ 集金      |
| ウ 口座引き落とし |

**(緊急時及び事故等における対応)**

事業所の従業者は、居宅介護等の提供中に利用者の病状の急変、その他緊急事態及び事故等が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告するものとする。主治医への連絡等が困難な場合は、医療機関への緊急搬送等必要な措置を講じます。

**(苦情解決)**

- 1 提供した居宅介護等に関する利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置するものとする。
- 2 事業所は、提供した居宅介護等に関し、法の定めるところにより、市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員から質問若しくは照会に応じ、及び利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとする。
- 3 事業所は、社会福祉法第 83 条に規定する運営適正化委員会が同法第 85 条規定により行う調査又はあっせんのできる限り協力するものとする。

**(障害者虐待・身体拘束の防止のための措置に関する事項)**

事業所は、障害者虐待・身体拘束の発生又はその再発を防止するための担当者を管理者と定め、指針の整備、防止対策を検討する委員会の定期的な開催、その結果について従業者に徹底を図る体制を整えるとともに、定期的に研修を実施し、障害者虐待・身体拘束予防に必要な措置を講ずる。

**(ハラスメント対策の強化)**

当事業所では、男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策に関する事業者の責務をふまえつつ、職場環境、職員、関係事業者、利用者又はご家族等を含む関係者に対して、ハラスメント防止対策に必要な措置を講ずる。

**(衛生管理等)**

1. 事業所は従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行う。
2. 事業所は、当事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努める。
3. 事業所は、感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講ずる。  
(1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討し、委員会を

- 定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
- (3) 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的を実施する

**(業務継続計画の策定等)**

1. 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずるよう努める。
2. 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的を実施するよう努める。
3. 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うよう努める

**《苦情、緊急・虐待防止・身体拘束防止・ハラスメント 相談対応窓口》**

サービスに関する相談や苦情、緊急、虐待防止、ハラスメントについては、次の窓口で対応いたします。

当社お客様相談窓口 担当者	電話番号	0887-56-1401
	FAX番号	0887-52-8737
	(サービス提供 責任者)	清藤 美夏 常石 真弓 藤原 知子
	対応時間	平日の午前8時30分～午後5時30分

(1) 公的機関においても、次の機関に対しての苦情の申し立てができます。

香美市役所 高齢介護課 社会長寿班	電話番号：0887-52-9280
南国市役所 長寿支援課	電話番号：088-880-6556
香南市役所 高齢者介護課	電話番号：0887-57-8510
高知県国民健康保険団体連合会 (対応時間) 平日の午前9時～午後4時 但し、12時から13時を除く	電話番号：088-820-8410 088-820-8411

## 6. 当社の概要

名称・法人種別	(有) 西田順天堂薬局
代表者氏名	西田 光宏
本社所在地	高知県南国市大堀甲1705
電話番号	088-864-2502
FAX 番号	088-863-6877
業務の概要	処方箋調剤、医薬品等の販売、 居宅介護支援事業所、福祉用具貸与、販売事業所、 通所介護事業所、 (関係会社) 四国総合介護システム、 かみ介護サービス株式会社、西田順天堂東部店

## 8. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

有	.	無
---	---	---

## 9. その他

居宅介護等サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

# 個人情報を使用にかかわる同意書

## 使用する目的

- ・ 障害福祉サービスの提供
- ・ 利用者の障害福祉サービス等計画書を立案し、円滑にサービスが提供される為のサービス

## 担当者会議での情報提供

- ・ 障害福祉サービス事業者との連絡調整等
- ・ 他の障害福祉サービス事業者からの照会、
- ・ その他サービス提供に関して必要性がある時
- ・ 行政機関への相談又は届出等
- ・ 医療機関、主治医との連携
- ・ 障害福祉支援費請求の為の事務関係
- ・ 賠償責任保険等にかかわる保険会社等への相談や届出等

## 使用にあたっての条件

- ・ 必要最小限とし提供にあたっては関係者以外に漏れることがないように注意致します。
- ・ 個人情報を使用した場合、その内容や提供した相手について記録しておきます。又要望があれば開示します。
- ・ 情報提供について同意しがたい事項がある場合その旨を申し出てください。申し出がない場合は同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。ただし、後から変更される事は可能です。

※ 私は（利用者及び利用者家族）は、個人情報の保護について、上記内容の説明を受け、これに同意します。

個人情報を使用する事業所（契約者）

所在地 高知県香南市野市町東佐古727-2

名称 ヘルパーステーション白岩

電話 0887-56-1401

下記の契約内容・重要事項説明・個人情報使用同意を証するため、本書を2部作成、利用者、事業所が署名押印の上1部ずつ保有する。

居宅支援サービス契約書

重要事項説明書

個人情報使用同意

その他

上記の事項についての説明を受け確認・同意し、本書を一部受け取りました。

年 月 日

法人名 有限会社 西田順天堂薬局  
代表者 代表取締役 西田 光宏

事業所 所在地 香南市野市町東佐古727-2  
事業所名 ヘルパーステーション白岩

説明者

(ご利用者様) 住所

氏名 \_\_\_\_\_

(代筆者・代理人) 住所

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

(ご家族様) 住所

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

## 事故発生・緊急事態等の連絡先方法

<b>利用者</b>	男 ・ 女    生年月日                      年    月    日    歳
<b>住所</b>	
<b>電話</b>	
<b>住所の目標・目的</b>	

