

**指定障害福祉サービス事業所
居宅介護
重要事項説明書**

サンライズヘルパーステーション
(NPO法人BRETHRENブレスレン)

〒292-0041

木更津市清見台東2丁目3番1号

T E L 0438-38-6248

F A X 0438-38-6364

重要事項説明書（居宅介護・重度訪問介護）

1 当法人の概要

事業所名称	NPO 法人 BRETHREN プレスレン
設立	平成 24 年 5 月 11 日
事業所所在地	292-0043 千葉県木更津市東太田 4 丁目 1 7 番 2 1 号
管 理 者	荒 木 太 郎

2 事業所概要

①事業所情報

事業所名	サンライズヘルパーステーション
所在地	千葉県木更津市清見台東 2 丁目 3 番 1 号
連絡先	電話：0438-38-6248 FAX：0438-38-6364
管理者名	荒木 太郎
サービス種類	居宅介護
介護保険指定番号	1211000581
サービス提供地域	木更津市・君津市・袖ヶ浦市（一部地域を除く）

※サービス提供地域に関して、提供地域外の方はご相談ください。

②営業時間

営業時間	午前 8:15～午後 17:15
営業日	月曜～金曜日間とする。年末年始・夏季休業を除く。
定休日	土曜・日曜 但し、ヘルパー対応、電話連絡については 24 時間対応可能。

③職員体制

職 種	従事する業務	人 員 等
管理者	業務全般の管理	1 名 （常勤 1 名、非常勤 名）
サービス提供責任者		4 名 （常勤 4 名、非常勤 名）
訪問介護員		9 名 （常勤 2 名、非常勤 7 名）
事務員	業務の事務全般	1 名 （常勤 1 名、非常勤 名）

④事業計画・財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者様及びそのご家族様にとどまらず全ての方に対し、要望があれば閲覧することができます。

⑤事業目的・運営方針

事業目的	NPO 法人 BRETHREN プレスレンが開設するサンライズヘルパーステーションが行う居宅介護事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の、介護職員が身体障害者・知的障害者・障害児(身体に障害のある児童・知的障害のある児童)精神障害者・難病患者であり、主治の医師が必要と認めた障害者・難病の方に対し、適正な居宅介護を提供することを目的とする。
運営方針	1. 事業者は、居宅介護の提供に当たっては、心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、療養生活を支援するとともに、利用者の心身の機能の維持か回復を図り、生活の質の確保を重視した在宅療養ができるよう支援する。 2. 事業の運営に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村とその他の保健・医療・福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的で適切なサービスの提供に務めるものとする。

3 居宅介護及び重度訪問介護サービスの内容

身体介護	利用者の身体に直接接触して行う介助サービス及び利用者と共にを行う自立支援の為のサービス。
排泄介助	トイレ及びポータブルトイレへの移動、オムツ交換、後始末、失禁及び失敗への対応等。
食事介助	配膳、食事姿勢の確保、摂食介助、水分補充等。
専門的調理	流動食及び糖尿病食などの特別食（医療食及び治療食）の調理。
清拭	清潔保持の身体拭き、陰部洗浄等。
入浴介助	手浴及び足浴等の部分浴、全身浴の介助。浴室への移動、洗髪、洗体、使用物品の片付け等。
整容介助	日常的な見繕いの整え
着衣介助	着替えの準備、手伝い。
体位変換	体位の変換、安楽な姿勢の保持等。
移乗・移動介助	車いすへの移動の介助、補装具等の確認。
通院・外出介助	病院等の目的地への移動の介助。
起床・就寝介助	ベッドからの移乗及びベッドへの移乗の介助、布団の片付け等。
服薬確認	配剤された薬の確認、服薬の手伝い、後片付け等。
自立支援のための見守	安全を確保しつつ、常時介助できる状態で行う見守り。

家事支援	日常生活の援助。 利用者ご本人やご家族が困難な場合に行われる、本人の代行的サービス。
掃除	居室内やトイレ、卓上等の掃除、ゴミ出し、後片付け。
洗濯	洗濯機又は手洗いによる洗濯、洗濯物の乾燥、取り入れ、収納等。
ベッドメイク	利用者のいないベッドでのシーツ交換、布団カバーの交換等。
衣類の整理・被服の補修	衣類の入れ替え、ボタン付け、破れの補修等。
一般的な調理・配下膳	一般的な食事の調理、配膳、後片付け等。
買い物	日常品の買い物、品物及び釣り銭の確認。
薬の受け取り	薬の受け取り、確認等。
緊急時訪問介護	利用者やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネジャーとの連携を図り、ケアマネジャーが必要と認めたときに、居宅介護計画にない訪問介護（身体介護）を行います。

※利用者の状況によっては、上記サービスを実施できない場合がございます。予めご了承ください。

従業者の禁止行為 (従業者は、サービスの提供にあたって次の行為は行いません。)
①医療行為 ②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり ③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受 ④利用者の同居家族に対するサービス 利用者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除、草刈り、植物の水やり等。 ⑤利用者の日常生活の範囲を超えたサービス (大掃除的なもの、庭掃除など窓拭き、庭掃除、ペットの世話) ⑥利用者宅での、飲食、飲酒、喫煙 ⑦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を得ない場合を除く) ⑧利用者又は家族に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他の迷惑行為

4 利用料金

①利用料金

利用料金は、冊子最終ページの利用料金表を参照ください。

② 利用料金などのお支払い方法

利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ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。

1. 現金による支払い

サービスを利用した月の翌月の10日以降にお支払いいただきます。

2. 口座振替による支払い

サービスを利用した月の翌々月の20日（祝休日の場合は、翌営業日）に、ご利用者様が指定する口座より振替します。

※手続き完了まで、1～2ヶ月程度かかります。口座振替依頼書の内容に不備があった場合には、支払い開始月が遅れることがあり、合算での請求となりますので、あらかじめご了承ください。

※利用者負担金の請求書は、翌月10日以降に発行します。

※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確認後、発行します。

5 サービス利用方法

①サービス利用開始

居宅訪問介護計画書作成と同時に契約を結んだ後、サービス提供を開始いたします。

なお、居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に相談支援専門員とご相談ください。

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いしてご説明いたします。

②サービス利用終了

1. ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1ヶ月前までに、お申し出ください。

2. 当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。

その場合は、終了日の1ヶ月前までに、文書で通知いたします。

3. 自動終了（以下に該当する場合は、通知が無い場合でも自動的にサービスが終了します）

・ご利用者様が施設に入所した場合

・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様が障害区分が非該当〔自立〕と認定された場合

※非該当〔自立〕と認定された場合は、条件を変更して再度契約することができます。

・ご利用者様が亡くなられた場合

③契約の終了（解除）

・当事業所が、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・ご利用者様やご家族様 などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合や、当事業所が破産した場合は、意思表示することで、ご利用者様は即座に契約を解約することができます。

・ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを 3 ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず指定した期間内に支払われない場合や、当事業所や当事業所のサービス従事者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することで、当事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります。

④緊急時の対応

利用者に対する居宅介護の提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等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は、損害賠償を速やかに行います。

当事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

損害保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社
保険名	福祉事業者総合賠償責任保険
保障の概要	障害者の自立を目的とした業務（相談支援を除く）、移送サービス業務

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅相談支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主治医	病院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	(続柄：)
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄：)
	住所	
	連絡先	
避難場所		

⑤その他（お願いすること）

- ・訪問介護職員などへの贈り物や飲食などのおもてなしはお受けできませんのでご了承ください。
 - ・動物が苦手な職員もおりますので、ペットはゲージに入れるなどのご配慮をお願いします。
 - ・見守りカメラの設置、職員の写真を撮影する場合、事前に職員本人の同意を受けてください。
 - ・ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合は、サービスの中止や解約とすることもあります。
 - ・訪問中の喫煙は、ご遠慮ください。
 - ・各保険証に記載されている内容（住所・負担割合など）等に変更があった場合は速やかにお知らせください。
 - ・担当支援員が作成する「ケアプラン」に基づき「居宅介護計画」を作成します。作成した「居宅介護計画書」は利用者または家族にその内容を説明いたしますので、ご確認くださいませようお願いします。
 - ・サービス提供は「居宅介護計画」に基づいて行います。なお「居宅介護計画」は利用者等の心身の状況や意向の変化により、必要に応じて変更することができます。
 - ・サービス提供の時間は、別の訪問や緊急訪問等による遅れなど、時間帯が前後することがありますのでご了承ください。
 - ・基本的には定期日時でスケジュールを組んでおりますが、担当者や業務の都合上振替訪問及び代行者による訪問をお願いすることがありますのでご了承ください。
 - ・弊社ではご利用者様の情報共有や実務評価などのために、複数名で訪問させていただくことがあります。予めご了承くださいからの実施とし、別途料金は発生しませんのでよろしくお願いいたします。
 - ・スタッフの移動や他のご利用者様のスケジュール等の業務上の理由により担当者の変更をご提案させていただく場合があります。
 - ・業務の都合上、携帯電話を使用して情報収集や入力作業をすることがあります。予めご了解いただいてから、業務の終わりの5～10分程度携帯電話での入力作業をさせていただきますのでご了承ください。
 - ・ご利用者様に、他のご利用者様の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合は、速やかに事業所にお知らせください。治癒するまで、サービスの調整をさせていただく場合があります。
- 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、従業者が事業所に連絡する場合の電話を使用させていただく場合があります。

6 当事業所連絡窓口(相談・苦情・キャンセル等)

ご事情により、担当従業者の変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。	ア 相談担当者氏名	荒 木 太 郎
	イ 連絡先電話番号	0 4 3 8 - 3 8 - 6 2 4 8
	同 ファックス番号	0 4 3 8 - 3 8 - 6 3 6 4
受付時間	午前 9:00～午後 6:00	
受付日	月曜日～金曜日(年末年始・夏季休業日を除く)	

※担当従業者の変更に関しては、利用者等の希望を尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

苦情受付機関	木更津市役所障害福祉課	0438-23-8497
	千葉県社会福祉協議会 福祉サービス苦情解決委員会	043-246-0294

(4) その他

交通費	通常の事業の実施地域を越えて行う事業に要する交通費は、公共交通機関を利用した場合は、その実費を請求致します。	
キャンセル料	サービスの利用をキャンセルする場合、キャンセルの連絡時間に応じて下記によりキャンセル料を請求致します。（やむを得ない事情がある場合を除く）キャンセルをされる場合は、至急事業所（0438-38-6248）までご連絡ください。	
	前日 15 時までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	当日のご連絡の場合	サービス内容に関わらず、30 分につき 500 円（上限 2000 円）
・サービス提供にあたり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用 ・家事援助に係る買い物等で利用者宅から目的地までの公共交通機関を利用した場合の交通費		利用者の別途負担となります。

7 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- (2) 研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- (3) サービスの提供中に、医療従事者又は擁護者（家族・同居人等）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。

虐待防止責任者	管理者 荒 木 太 郎
---------	-------------

8 個人情報保護

契約書第 13 条記載のとおりです。

9 サービスの提供にあたっての留意事項

- (1) 市町村の支給決定内容等の確認

サービスの提供に先立って、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。

受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。

（２）居宅介護計画等の作成

確認した支給内容に沿って、利用者及び家族の意向に配慮しながら「居宅介護計画等」を作成します。作成した「居宅介護計画等」については、案の段階で利用者又は家族に内容を説明し、利用者の同意を得た上で成案としますので、ご確認いただくようお願いします。

サービスの提供は「居宅介護計画等」にもとづいて行ないます。実施に関する指示や命令はすべて事業者が行ないますが、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ないます。

（３）居宅介護計画等の変更等

「居宅介護計画等」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。また、サービス利用の変更・追加は、従業員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）担当従業員決定等

サービス提供時に、担当の従業員を決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の従業員が交替してサービスを提供します。担当の従業員や訪問する従業員が交代する場合は、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。利用者から特定の従業員を指名することはできませんが、従業員についてお気づきの点やご要望がありましたら、お客様相談窓口等にご遠慮なく相談ください。

１０ 身分証携行義務

居宅介護等従業員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

１１ サービス提供の記録

これらの記録はサービス完結の日から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負担いただきます。）

指定居宅介護等の提供及び利用の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

事業者所在地：千葉県木更津市清見台東二丁目３番１号

事業名：NPO 法人 BRETHREN プレスレン

サンライズヘルパーステーション

管理者名：荒木 太郎

説明者名：片倉 綾子

私は、本書面に基づいて事業者から指定居宅介護等の提供及び利用について重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利 用 者 住 所 : 千葉県木更津市清見台南 5-7-3

利 用 者 氏 名 : _____

利用者は身体の状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わってその署名を代筆しました。

代 筆 者 住 所 : _____

代 筆 者 氏 名 : _____

続 柄 : _____

サービスの料金と利用者負担額について

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 割が介護給付費の給付対象となります。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。（定率負担または利用者負担額といいます）

なお、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。

■ 障害者の利用者負担

所得区分		世帯の収入状況	月額負担上限額
生活保護		生活保護受給世帯	0 円
低所得 1		市町村民税非課税世帯であって障害者本人の収入が年収 8 0 万円（障がい基礎年金 2 級相当額）以下の方	0 円
低所得 2		低所得 1 以外の市町村民税非課税世帯の方	0 円
一般	市町村民税課税世帯	所得割額が 1 6 万円未満 (1 8 歳未満は 2 8 万円未満)	9,300 円 (1 8 歳未満 4,600 円)
		その他	37,200 円

提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

負担額の計算方法 地域区分単価 1 単位 = 10.36 円（6 級地）

(基本報酬単位 + 各種加算) × 地域区分単価 = A（小数点以下切り捨て）

$A \times 0.9$ （1 割負担の場合） = B

B を基準にし負担上限月額を元に算定 = 利用者負担額

◆ 利用料金の目安は、次表のとおりです。

サービスの種類時間等		単位数	利用料
身体介護	30 分未満	256 単位	2,652 円
	30 分以上 1 時間未満	404 単位	4,185 円
	1 時間以上 1 時間 30 分未満	587 単位	6,081 円
通院介助 (身体介護を伴う場合)	30 分未満	256 単位	2,652 円
	30 分以上 1 時間未満	404 単位	4,185 円
	1 時間以上 1 時間 30 分未満	587 単位	6,081 円

家事援助	30 分未満	106 単位	1,098 円
	30 分以上 45 分未満	153 単位	1,585 円
	45 分以上 1 時間未満	197 単位	2,041 円
	1 時間以上 1 時間 15 分未満	239 単位	2,476 円
	1 時間 15 分以上 1 時間 30 分未満	275 単位	2,849 円
通院等介助 (身体介護を伴わない場合)	30 分未満	106 単位	1,098 円
	30 分以上 1 時間未満	197 単位	2,041 円
	1 時間以上 1 時間 30 分未満	275 単位	2,849 円

【加算内容】

◆新規に居宅介護計画等を作成した利用者に対して、サービス提供責任者が初回の居宅介護等を行った場合、または従業者に同行した場合に加算されます。

内 容	利用料	利用者負担額	
初回加算	2,000 円	200 円	1 月あたり（初月 1 回限り）

◆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よう、利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合は、以下の料金が加算されます。

内 容	利用料	利用者負担額	
利用者負担上限額管理加算	1,500 円	150 円	1 月あたり

◆居宅介護計画等に位置付けられていない居宅介護を利用者又はその家族等からの要請を受けてから 24 時間以内に行った場合に加算されます。

・サービスの加算料金 ※要介護による区分なし

加算項目	利用料	利用者負担額	算定回数など
特定事業所加算	所定単位数の 10%		1 回当たり
介護職員処遇改善加算	所定単位数の 45.6%	左記の 1 割	1 月当たり

※ 特定事業所加算は、サービスの質の高い事業所を積極的に評価する観点から、人材の質や確保や介護職員の活動環境の整備、重度要介護者への対応などを行っている事業所に認められる加算です。

・サービス提供責任者に二級課程修了者(2 級の訪問介護員)を配置する事業所は、上記金額の 90/100 となります。

・当事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者に対して、前年度の月平均で 20 人以上にサービス提供を行い、当該建物に居住する利用者サービス提供を行った場合は、上記金額の 90/100 となります。

※ 介護職員処遇改善加算は、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組みを行う事業所に認められる加算です。

◆サービス提供の時間帯により料金が加算されます。

提供時間帯名	早 朝	夜 間	深 夜
時 間 帯	午前 6 時～午前 8 時	午後 6 時～午後 10 時	午後 10 時～午前 6 時
加算割引	25%増し	25%増し	50%増し

- ※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅介護計画等に位置づけた時間数によるものとします。なお、計画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、居宅介護計画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、従業者 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 倍になります。
- ※ 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一旦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(利用者負担額を除く)を申請してください。
- ※ 利用者の体調等の理由で居宅介護計画に予定されていたサービスが実施できない場合、利用者の同意を得てサービス内容を変更することができます。この場合、事業者は変更後のサービス内容と時間により利用料金を請求いたします。
- ※ 通院等のための乗車・降車の介助を行うことの前後に連続して相当の所要時間(20～30分程度以上)を要しかつ食事や着替えの介助、排泄介助など外出に際しての身体介護を行う場合には、「通院介助(身体介護を伴う場合)」を算定します。
- ※ 「通院介助(身体介護を伴う場合)」の前後において、居宅における外出に直接関係しない身体介護(例：入浴介助、食事介助など)に30分～1時間以上を要しかつ当該身体介護が中心である場合には、通算して「身体介護」を算定します。