

# 重要事項説明書

## 【行動援護】

利用者： \_\_\_\_\_ 様

事業所： このはなヘルパーステーション

# 指定居宅介護重要事項説明書

[平成31年 7月 1日現在]

## 1 事業者

- (1) 法人名 株式会社 このはな
- (2) 法人所在地 京都府城陽市寺田深谷64番地の300
- (3) 代表者氏名 代表取締役 栗井 敬之
- (4) 設立年月 平成30年6月1日

## 2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定居宅介護事業所・平成31年 7月 1日指定  
指定番号 2612800751 京都府
- (2) 事業の目的 指定行動援護は、適正な運営を確保するために必要な人員及び管理運営に関する事項を定め、支給決定を受けた障害者及び障害児に対し、利用者の立場に立った適正な指定行動援護サービスの提供することを目的としています。
- (3) 事業所の名称 このはなヘルパーステーション
- (4) 事業所の所在地 京都府城陽市寺田深谷64番地の300
- (5) 連絡先 **TEL** 0774-29-9001  
**FAX** 0774-29-9027
- (6) 管理者 中井 里穂

- (7) 事業所の運営方針
- 1 利用者の能力に応じた居宅生活を支援します。
  - 2 利用者の意思及び人格を尊重します。
  - 3 地域・家庭との結びつきを重視します。
  - 4 関係機関との連携に努めます。

### 3 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 城陽市・宇治市・久御山町・京田辺市の一部（草内、飯岡、河原、興戸、田辺）

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

- (2) 営業日時

#### 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	午前9：00 ～ 午後6：00

※但し、受託したサービス実施計画に基づき、上記営業日以外についてもサービス提供を行うことができる。

※緊急の場合は、上記の営業日、営業時間のほか、電話等により24時間連絡が可能な体制とする。

### 4 職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分				常勤換算後 の人数 (人)
		常勤(人)		非常勤(人)		
		専従	非専従	専従	非専従	
管理者	1		1			0.1
サービス提供責任者	2		2			0.3
訪問介護員	4		2	2		2.5
事務職員等						

## 5 サービス内容

### (1) 行動援護計画の作成

### (2) 予防的対応

①初めての場所で何が起こるかわからない等のため、不安定になったり、不安を紛らわすために不適切な行動がでないよう、あらかじめ目的地、道順、目的地での行動などを、言葉以外のコミュニケーション手段も用いて説明し、落ち着いた行動がとれるように支援を行います。

②視覚、聴覚等に与える影響が問題行動の引き金となる場合に、本人の視界に入らないよう工夫するなど、どんな条件のときに問題行動が起こるかを熟知した上で予防的対応等を行います。

### (3) 制御的対応

①何らかの原因で本人が問題行動を起こしてしまった時に、本人や周囲の人の安全を確保しつつ問題行動を適切におさめるように支援を行います。

②危険であることを認識できないために車道に突然飛び出してしまうといった、不適切な行動、自傷行為を適切におさめるように支援を行います。

③本人の意思や思いこみにより、突然動かなくなったり、特定のもの（例えば自動車、看板、異性等）に強いこだわりを示すなど極端な行動を引き起こす際の対応をします。

### (4) 身体介護的対応

①便意の認識が出来ない者の介助や排便後の後始末等の対応をします。

②外出中に食事をとる場合の食事介助を行います。

③外出前後に行われる衣服の着脱介助などを行います。

## 6 利用料金

### (1) 利用料負担額について

障害福祉サービスの利用料負担額は、原則として利用したサービスの定率（1割）負担です。主なサービス1回当たりの利用者負担額について、一例を記載していますので参考にして下さい。

尚、当事業所との契約支給量の範囲内であれば、福祉サービス受給者証に記載の利用者負担上限月額以内の額が利用料となります。

※契約支給量の範囲外となった場合は全額実費負担となります。

[料金表（目安）—基本料金・通常時間]（地域区分：7級地 1単位：10.18円）

	サービス内容	単位数	金額 (10割)	1割負担
行動援護	30分未満	254	2,586円	258円
	30分以上1時間未満	402	4,092円	409円
	1時間以上1時間30分未満	586	5,965円	596円
	1時間30分以上2時間未満	733	7,462円	746円
	2時間以上2時間30分未満	882	8,979円	897円
	2時間30分以上3時間未満	1,030	10,485円	1,048円
	3時間以上3時間30分未満	1,179	12,002円	1,200円
	3時間30分以上4時間未満	1,327	13,509円	1,350円
	4時間以上4時間30分未満	1,477	15,036円	1,503円
	4時間30分以上5時間未満	1,624	16,532円	1,653円
	5時間以上5時間30分未満	1,773	18,049円	1,804円
	5時間30分以上6時間未満	1,921	19,556円	1,955円
	6時間以上6時間30分未満	2,070	21,073円	2,107円
	6時間30分以上7時間未満	2,218	22,579円	2,257円
7時間以上7時間30分未満	2,368	24,106円	2,410円	
	7時間30分以上	2,514	25,593円	2,559円

- ※ 上記料金は7級地の地域区分1単位=10.18円となっております。
- ※ 基本料金に対して、早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）帯は25%増し、深夜（午後10時～午前6時）は50%増しとなります。
- ※ ご利用開始月（新規）にサービス提供責任者によるサービス提供（または同行）は、初回加算として200単位をいただきます。
- ※ 緊急時に要請をいただいた訪問介護サービスは緊急時訪問加算として100単位をいただきます。（月2回を限度）
- ※ 支援計画シート等を作成した者が、指定重度訪問介護事業所等のサービス提供責任者に同行して利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状況等の評価を当該サービス提供責任者と共同で行い、かつ、当該サービス提供者に対して、重度訪問介護計画を作成する上での必要な指導及び助言を行ったときは、指定重度訪問介護等に移行する日の属する月（翌月に移行をすることが確実に見込まれる場合であって、移行する日が翌月の初日等であるときにあっては、移行する日が属する月の前月）につき1回を限度として、行動障害支援指導連携加算（273単位）をいただきます。
- ※ 利用者様の負担の上限管理をさせていただく場合は1月あたり150単位をいただきます。
- ※ 利用者に対し、喀痰吸引等を行った場合、1日につき100単位をいただきます。
- ※ やむを得ない事情で、且つ利用者の同意を得て、居宅介護等従業者が2人で行動援護をした場合は2人分の料金をいただきます。
- ※ 福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）を算定していますので、『1月あたりの総単位数（1月あたりの総単位数とは、基本サービス費に各種加算減算を加えたもの）』×25.4%をいただきます。
- ※ 上記の料金表はあくまで目安であり、月の訪問回数に応じて少数点以下の計算により誤差が生じます。

## (2) 交通費

3の(1)の通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

通常の実施地域以外にお住まいの方は、居宅介護等従業者が訪問するための交通費をいただきます。（通常実施地域を越えて片道5km毎に500円いただきます。）

## (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。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

(連絡先：このはなヘルパーステーション TEL 0774-29-9001)

① ご利用日の前営業日の17時までにご	無料
---------------------	----

連絡いただいた場合	
② ご利用日の前営業日の 17 時までにご 連絡がいただけなかった場合	1回 2,000円

#### (4) その他

(ア) 利用者様の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、電話等の費用は利用者様のご負担になります。

(イ) 交通機関を利用した場合、居宅介護従業者の交通費は利用者様のご負担になります。

#### (ウ) 料金の支払方法

料金の支払方法は、毎月月末締めとし、翌月 15 日までに前月分の料金を請求いたします。原則、口座振替（毎月 27 日自動引き落とし）によるお支払いとなります。ご指定の口座から毎月 27 日に引き落としとなります。（但し、27 日が土日祝日の場合は銀行の翌営業日）

(エ) 利用料等の支払を受けたときは、利用者又はその家族に対し、利用料とその他の利用料（個別の費用ごとに区分したもの）について記載した領収書を交付します。

(オ) まれに、交通事情によりサービス提供時間が多少前後することがございますがご了承ください。

(カ) サービス提供期間中、当事業所の居宅介護従業者が同行研修する場合がございますのでご了承ください。

(キ) 利用者様のご希望に沿って居宅介護等従業者を決めておりますが固定の居宅介護等従業者をご希望の場合、必ずしもご希望に添えない場合がございます。や

むを得ず居宅介護等従業者が変更になる場合もございますのでご了承下さい。

## 7 サービスの利用中止、変更、追加、終了

### (1) サービスの利用中止、変更、追加

利用者様は、利用予定日の前に、利用者様のご都合により、サービスの利用の中止又は変更、もしく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、利用者様はサービス実施日の24時間前までに事業者へ申し出て下さい。

### (2) サービスの終了

#### ① 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週間前までに文書でお申し出ください。

#### ② 当ステーションの都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月までに文書で通知いたします。

#### ③ その他

- ・ 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、利用者様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、または当社が破産もしくは事業の廃止または停止した場合、利用者様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・ 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、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、または利用者様やご家族様の方などが、当事業所や当事業所の訪問介護員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、当ステーション



により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

## 8 緊急時及び事故発生時の対応方法

- ①サービスの提供中に利用者様の容体の急変、その他緊急事態が生じたときは、まず必要な処置を講じるとともに、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、利用者様の親族、利用者様の係る相談支援事業者等へ連絡をいたします。
- ② サービス提供により事故が発生した場合は、まず必要な措置を講じるとともに利用者様の親族、京都府、保険者、利用者様に係る相談支援事業者等に連絡を行うとともに、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を行います。

### ■緊急時等連絡先

緊急時連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	( )
	住所	
	電話番号 (携帯電話)	

主治医	病院(診療所)名	
	所在地	
	氏名	
	電話番号	

## 9 守秘義務及び個人情報の取得と利用目的について

### (1) 守秘義務

サービスを提供する上で知り得た利用者様及びその家族様に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、サービス終了後も同様です。

## (2) 個人情報を利用する主な目的

- ① 利用者様に適切な居宅介護計画を提供するため
- ② 利用者様が利用された障害福祉サービスに関する、障害者自立支援給付費等に係る事務を行うため
- ③ 利用者様に関係する居宅介護計画に基づいたサービス利用状況の管理、苦情・事故等の報告、介護サービスの維持・改善・向上のため
- ④ 介護学生等の実習への協力
- ⑤ 事例検討・研究のため

## (3) サービス提供事業所又は、相談支援事業所、他施設、医療機関等への情報提供

以下のような場合、必要に応じて、お客様の情報をサービス提供事業所又は、利用されるその他福祉サービス、医療機関や家族の方等への情報提供に利用する場合があります。尚、その手段とし業務を円滑に行う為ファクシミリ・インターネットを使用することがあります。

### 〈適切な居宅介護計画を提供するため〉

- ① サービス提供事業所又は、相談支援事業所、他施設、医療機関等と連携するため
- ② サービス提供事業所又は、相談支援事業所、他施設、医療機関等からの照会やその回答のため
- ③ 利用者様への状況説明の為(説明等を受ける家族を特定したい場合はお申し出下さい)

〈障害者自立支援給付費等に係る事務に関連するもの〉

- ① 障害者自立支援給付費等に係る事務を行うため
- ② 審査支払機関へのレセプトの提供のため
- ③ 審査支払機関または市区町村からの照会に対する回答のため

〈上記以外の利用目的〉

- ① 行政機関への情報提供のため

10 サービスをご利用いただく際のお願い

(1) 居宅介護等従業者の交替

担当の居宅介護等従業者はおおむね1年で交替させていただきます。ただし、利用者様の心身の状況やご家族の状況等に応じて1年を超えて担当させていただく場合もあります。

(2) 鍵の取り扱いについて

居宅介護等従業者、またはサービス提供責任者による鍵の管理や持帰りは行うことが出来ません。

(3) 行うことが出来ないサービス

- ① 医療行為にあたるサービスは行うことが出来ません。
- ② 家族様へのサービスは行うことが出来ません。
- ③ 日常生活を営むための家事・介護以外のサービスは行うことが出来ません。

(4) お守りいただきたいこと

- ① 居宅介護等従業者との個人的な連絡は固くお断りしています。
- ② 居宅介護等従業者との金品のやりとりや貸し借り、個人的な契約は禁止していません。

- ③ 居宅介護等従業者は留守宅での活動は行うことは出来ませんので、ご利用の時間は必ずご在宅ください。

(5) その他

- ① サービス提供時に、利用者様又は、家族様に感染症の疑いや感染症が発症した場合は、感染に対する予防措置をとらせていただきますので、あらかじめご了承ください。
- ② 台風や大雪等により、訪問やサービス提供に危険が伴うことが想定される際は、サービスの提供について、時間帯の変更や日程の調整を行わせていただく場合があります。また、状況によりサービス提供を休止させていただく場合もありますので、あらかじめご了承ください。

1.1 第三者評価について

- ① 第三者評価の有無 【なし】
- ② 実施した直近の年月日 【未実施】
- ③ 評価機関名 【なし】
- ④ 評価結果の開示状況 【なし】

1.2 サービス内容に関する苦情

ご不明な点は、何でもお尋ねください

(1) 当事業所利用者様相談・苦情窓口

受付時間 9:00～18:00

担当 中井 里穂 電話 0774-29-9001

(2) その他(当事業所以外に、保険者の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。)

① 城陽市役所 福祉保健部（福祉事務所）高齢介護課 介護保険係

電話 0774-56-4043

---

② 宇治市役所 健康福祉部 健康増進室 介護保険課

電話 0774-22-3141

---

③ 久御山町役場 民生部 住民福祉課 福祉介護係

電話 0774-45-3906

---

④ 京田辺市役所 健康福祉部 高齢介護課 介護保険係

電話 0774-64-1373

---

⑤ 京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課

電話 075-354-9090

---

### (3) 苦情処理について

#### ① 処理体制

(ア) 苦情対応マニュアルの作成

(イ) 苦情に対する内容、経過の記録及び保管

#### ② 手順

(ア) 苦情（クレーム）発生

(イ) 苦情（クレーム）受入

(ウ) ステーションの苦情(クレーム)をトラブルクレーム報告書へ記入し、  
担当者に報告する。

(エ) 管理者の指揮にて、事実の調査と対応方法の検討

(オー1) 当社の不手際(ミス)である場合、迅速に改善策を立て、必要であ

れば全職員に周知し、関係された方におわびをし、改善策を実行する。

(オー 2) 当社の不手際(ミス)ではない場合、関係された方に誤解である旨を伝え、誤解を生じたことをお詫びし今後、誤解を生じないような改善策を実行する。

(カ) 担当者が全過程を苦情(相談)受付・記録簿へ記録し、今後同様の問題が生じないよう適宜確認を行うようにする。

(トラブルクレーム報告書にて足りる場合はそれをもって記録とする)

(キ) 事業所内外に連絡周知

#### ◆このはなヘルパーステーションからのお願い◆

介護現場での職員へのハラスメントが全国的な問題となっております。

ハラスメントを防止することが介護サービスを継続して円滑に利用できることに繋がります。利用者様、家族様との信頼関係のもとに安心安全な環境で質の高いケアを提供できるよう以下の点についてご協力ください。

◎ハラスメントとは

\*身体的暴力(物を投げつける 叩く 蹴る 手を引っ掻く)

\*精神的暴力(怒鳴る 大声を発する 威圧的な態度)

\*セクシャルハラスメント(卑猥な言動を繰り返す 必要もなく体に触る)

訪問介護従事者の携帯番号を何度も聞く ストーカー行為)

※職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。

当事業者はサービス提供に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、指定居宅介護のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

説明年月日：令和 年 月 日

事業者 事業者（法人）名 株式会社 このはな  
住 所 京都府城陽市寺田深谷64番地の300  
事業所名 このはなヘルパーステーション  
指定番号 2612800751 京都府  
住 所 京都府城陽市寺田深谷64番地の300  
代表者氏名 代表取締役 粟井 敬之 印

説明者 職名 サービス提供責任者  
氏名 印

私は、重要事項説明書に基づいて重要事項の説明を受け、その内容に同意の上、本書面を受領しました。

受領年月日：令和 年 月 日

利用者様 住所  
氏名 印

代理人 住所  
氏名 印

(関係 )