

居宅介護サービス重要事項説明

1 事業者の概要

名称	(有) オークスプランニング
法人種別	営利法人
法人所在地	福生市福生2348-6
電話番号	042-539-4180
代表者氏名	橋爪賢治

2 事業所の概要

事業所の名称	オークスヘルパーステーション
事業所の所在地	福生市福生2348-6
事業所の電話番号	042-539-4180
サービス提供地域	福生市・羽村市・昭島市・青梅市・あきる野市・瑞穂町
サービス提供曜日・時間	月曜～土曜日 9:00～18:00
事業所番号	1314100072 (平成18年10月1日指定)
運営方針	事業所の居宅介護員等は、障害者(児)の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう、その人の生活全般にわたる援助を行う。又その実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療福祉サービスとの緊密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。
自己評価の実施状況	個別に実施
第三者評価の実施状況	なし
職員への研修の実施状況	新人研修月1回 全体研修1ヶ月に1回

3 事業所の職員体制

職種	常勤(人)	非常勤(人)	合計員数(常勤換算)
管理者	1		1
サービス提供責任者	1		1
ヘルパー		15	15
事務員	1		1

4 居宅介護について

(1) 対象者

- 障害者・障害児（身体障害者、知的障害者、精神障害者）
 - ・障害支援区分1以上の者とする。

(2) 支援の範囲

○居宅における

- ・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
- ・生活等に関する相談及び助言
- ・その他生活全般にわたる援助

○外出時における

- ・病院等への通院のための移動介助や、屋内外における移動等の介助又は、通院先等での受診等の手続き、移動等の介助とする。

(3) 移動の目的

- 病院への通院等のための移動介助又は、官公署での公的手続き、障害者総合支援法に基づくサービスを受けるための相談に係る移動介助とする。

5 ヘルパーの禁止行為

- (1) 利用者に対する暴力等の虐待行為
- (2) 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（緊急やむを得ない場合を除く）
- (3) 利用者の同居家族に対するサービス（家族全員分の食事準備や洗濯など）
- (4) 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス（大掃除、特別な料理など）
- (5) お庭の手入れ、ペットの世話、来客の対応（お茶や食事の手配）
- (6) 留守番
- (7) 医療行為
- (8) 金銭や貴重品の取り扱い（預貯金の引き出しや年金の受け取りなど）

6 利用料金

(1) 利用料

- ・オークスヘルパーステーションは、介護職員処遇改善加算（Ⅱ）
+特定処遇改善加算(Ⅱ)+ベースアップ等支援加算対象の事業所です。
- ・介護給付費支給対象サービス利用者負担額は、サービスに要した費用の原則1割。ただし、区市町村から居宅介護等利用者負担減額の決定を受けている場合は、減額後の額。
- ・月額負担上限額については、各区市長村長が定めた額。
ただし、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。
詳しくは、お住まいの区市町村にお尋ねください。

※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額については、利用者に通知します。

- (2) 初回加算、1回につき200単位(2,072円)・・利用者負担は原則1割
新規に居宅介護計画を作成した利用者に対してサービス提供責任者が自らサービスを実施、又は他の訪問介護員がサービスを行う際に同行訪問を行った場合及び、入院等により数ヶ月以上の間サービスの提供が無くその後再開した場合に算定します。
- (3) 緊急時対応加算、1回につき100単位(1,036円)・・利用者負担は原則1割
利用者又は家族等から要請される内容について、緊急対応の必要性をサービス提供責任者が判断し、計画にない身体介護・重度訪問介護・通院等介助(身体介護を伴う場合)サービス提供の要請を受けてから24時間以内に行った場合に算定します。
- (4) キャンセル料
・ サービス提供実施日の前日午後5時までにご連絡いただいた場合は無料です
・ 上記以外は1回2,000円をいただきます
- (5) 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。
- (6) 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、月末日までにお支払ください。
・ 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、これよりがたい場合は、現金または振込でお願いします。

7 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込み下さい。当社職員がお伺いします。

契約を結び、サービスの提供を開始いたします。

* 担当の相談支援専門員がいる場合は、事前に相談支援専門員とご相談下さい。

(2) サービスの終了

① お客様の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てください。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等で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あります。

その場合は、終了1ヶ月前までに文書でご通知いたします

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

* お客様がお亡くなりになった場合

④介護サービスの利用にあたってご留意いただきたい事項

(禁止行為)

- ・ 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
- ・ 職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
- ・ 職員に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）

⑤契約解除

以下の場合、双方の合意がなくても、サービスを終了することができます。

- 当社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、お客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、又は当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- お客様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促したにもかかわらず、10 日以内に支払わない場合、お客様やご家族などが当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為、またはカスタマーハラスメント等※に該当する行為を行った場合は、当社は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。

※ 厚生労働省の「カスタマーハラスメント対策企業マニュアル」では、以下の条件を全て満たすものをカスタマーハラスメントとしています。

- ・ 利用者（ご家族）からの言動である。
- ・ 要求の内容が妥当ではない、または要求実現のための手段・態様が社会通念上不相当である。
- ・ 要求実現のための手段・態様により、従業員が身体的・精神的な苦痛を覚える。

8 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	
住所	
電話番号	
主治医氏名	

【ご家族等緊急連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

9 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	サービス提供責任者 橋爪知代子
電話番号	042-539-4180
受付時間	月～日 9～18時

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	福生市障害福祉課障害福祉係
電話番号	042-551-1742
受付時間	月～金 9～17時

担当部署	羽村市福祉健康部障害福祉課
電話番号	042-555-1111
受付時間	月～金 9～17時

担当部署	昭島市保健福祉部障害福祉課
電話番号	042-544-5111
受付時間	月～金 9～17時

担当部署	青梅市健康福祉部障がい者福祉課
電話番号	0428-22-1111
受付時間	月～金 9～17時

担当部署	あきる野市健康福祉部障がい者支援課
電話番号	042-558-1111
受付時間	月～金 9～17時

担当部署	瑞穂町福祉部福祉課障がい係
電話番号	042-557-0574
受付時間	月～金 9～17時

また、東京都社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」においても区市町村や都と連携しながら苦情対応を行っています。

担当部署	東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会事務局
電話番号	03-5283-7020
受付時間	月～金 9～17時

10 虐待防止のための措置に関する事項

虐待の防止に関する責任者を選任します。

虐待防止責任者	サービス提供責任者 橋爪 知代子
---------	------------------

居宅介護サービスの利用にあたり、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

(住所) 福生市福生 2 3 4 8 - 6
(名称) オークスヘルパーステーション
代表取締役 橋爪 賢治 印

(説明者) 所属
氏名 印

私は契約書及び本書面により、事業者から居宅介護サービスの重要な事項について説明を受け、内容に同意いたしました。

〈利用者〉

住所 〒 _____

電話 _____

生年月日 大・昭・平 年 月 日

氏名 _____ 印

※利用者が 18 歳未満の方は、保護者（受給者証記載）の生年月日もご記入ください。

生年月日 大・昭・平 年 月 日

氏名 _____

〈ご家族または代理人〉

住所 〒 _____

電話 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

説明及び同意・交付年月日 西暦 年 月 日