居宅介護・重度訪問介護重要事項説明書

１．ヒューマンライフケアの理念

「笑顔」と「こころ」いつでも人が真ん中
すべての人を尊重し、いつでも笑顔で触れ合おう、
いつでも互いを思いやろう。いつでもそっと支え合おう。

ヒューマングループは、「為世為人（いせいいじん）― 世の為、人の為」を綱領とし、その名の示すとおり「人」を原点に、「教育」を基点としたさまざまな事業を展開しています。

ヒューマンライフケアはその中で、「『笑顔』と『こころ』いつでも人が真ん中」を理念に、介護や保育など様々な角度から人を支える活動を行っています。「まずは正面から向き合い、すべてを受け入れる」という姿勢で、「私たちに関わるすべての人々と、笑顔でふれあい、こころを通わせたい」というメッセージが込められています。

２．事業の目的

ヒューマンライフケア株式会社が設置するヒューマンライフケア宮前ホスピスホームにおいて実施する障害福祉サービス事業の居宅介護・重度訪問介護の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、居宅介護・重度訪問介護の円滑な運営管理を図ると共に、利用者、障害児及び障害児の保護者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者等の立場に立ったサービスの提供を確保することを目的とする。

３．運営の方針

(1) 居宅介護においては、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に、利用者の身体その他の状況およびその置かれている環境に応じて、入浴、排せつ、食事等の介護、調理、洗濯および掃除等の家事ならびに生活等に関する相談および助言その他の生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行います。

(2) 重度訪問介護においては、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に、利用者の身体その他の状況およびその他の状況およびその置かれている環境に応じて、入浴、排せつおよび食事等の介護、調理、洗濯および掃除等の家事、外出時における移動中の介護ならびに生活等に関する相談および助言その他の生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行います。

(3)事業所の運営にあたっては、利用者の意思および人格を尊重して、常にその利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、地域との結び付きを重視し、市町村、他の障害福祉サービス事業者その他の保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

４．事業者の概要

名称及び法人種別	ヒューマンライフケア株式会社
事業者の所在地	東京都新宿区西新宿七丁目５番２５号
代　表　者　名	代表取締役　瀬戸口　信也
電話/FAX 番号	(TEL) 03-6846-0223 ／ (FAX) 03-6846-1217
ホームページ	http://human-lifecare.jp/

５．当事業所の概要

(1)　基本情報

事　業　所　名	ヒューマンライフケア宮前ホスピスホーム
所　　在　　地	神奈川県川崎市宮前区水沢 3-13-22
指定事業所番号	居宅介護・重度訪問介護（1415501145 号）
指 定 年 月 日	令和５年 ５月 １日
主たる対象者（居宅介護）	身体障害者・知的障害者・障害児・難病等対象者
主たる対象者（重度訪問介護）	身体障害者・難病等対象者
連　　絡　　先	TEL　044-976-5530／ FAX　044-976-2953 （月～金曜、祝日の９：00～18：00 まで、土、日曜 12/29～1/3 を除く。）
管　　理　　者	西宮　美枝子
通常のサービス提供地域＊	川崎市

＊上記地域以外の方でもご希望の方は遠慮なくご相談ください。

(2)　当事業所の職員体制

	人数	備考（兼務の有無等）
管理者	１名	
サービス提供責任者	１名以上	
訪問介護員	３名以上	

(3)　職務内容

① 管理者

管理者は、当事業所の従業者および業務の管理を一元的に行います。また、法令等に規定されているサービスの実施に関して遵守すべき事項について指揮命令を行います。

② サービス提供責任者

サービス提供責任者は、当事業所に対するサービスの利用申込みに関する調整、サービス従業者に対する技術指導等のサービス内容の管理および当該計画書（「居宅介護計画書」とします。）の作成を行います。

③ サービス従業者

サービス従業者は、介護福祉士、介護職員基礎研修課程修了者、介護職員初任者研修（訪問介護員養成研修課程１～２級課程修了者）、他厚生労働省が定める要件を満たしている従業者がサービス提供にあたります。

(4)　営業日および営業時間

営　　業　　日	月曜日～金曜日（祝日含む） ＊土・日曜日、12 月 29 日～1 月 3 日は休業。
営　業　時　間	9:00～18:00

(5)　サービス提供時間

サ ー ビ ス 提 供 日	月曜日～日曜日（祝日含む）
サ ー ビ ス 提 供 時 間	9:00～18:00

＊利用者から要請があった場合は、上記以外の曜日や時間帯にも可能な限り対応致します。
（時間帯により料金が異なります。）

６．サービス内容

(1)　居宅介護

利用者に対して、居宅での入浴・排せつ・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・助言、その他の生活全般にわたる援助。

① 身体介護…ご家庭に訪問し、入浴や排せつ、食事などの介助を行います。
・食事介助　　……食事の介助。
・入浴介助・清拭・洗髪　……入浴の介助や清拭（体を拭く），洗髪。
・排泄介助　　……尿便器介助，おむつ交換等を行います。
・体位変換　　……体位交換，褥瘡予防等。
その他必要な身体介護を行います。

② 家事援助
・調　　理　　……利用者の献立作成や食事の用意。
・掃　　除　　……利用者の居室，トイレ，浴室，台所の掃除や整理整頓。
・洗　　濯　　……利用者の衣類等の洗濯。
・買 い 物　　……利用者の食料品や衣類など各種日常生活用品の買い物。
その他関係機関への連絡など必要な家事を行います。

③ 通院等介助　……通院の介助

(2)　重度訪問介護

重度の肢体不自由者であって常時介護を要する利用者に対して、居宅での入浴・排せつ・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・助言、その他の生活全般にわたる援助、外出時における移動中の介護を総合的に行います。

(3)生活等に関する相談及び助言

(4)その他生活全般にわたる援助

７．利用料金

【障がい福祉サービス】サービス料金表

≪別表≫ 障がい福祉サービス　サービス料金表（以下「別表」という。）をご参照ください。

※サービスの利用に対して、事業所は、利用者が同一の月に指定障害福祉サービスを受けたときは、利用者が同一月に受けた指定障害福祉サービス等の費用(特定費用を除く)から、介護給付費又は訓練等給付費の額を控除した額を算定します。

※利用者負担額の上限等について

・介護給付費対象のサービス利用者負担額には、上限が定められています。
・利用者のご希望により、当事業所を利用者負担の上限管理者に選任される場合には、サービス利用開始の際にその旨をお申し出ください。
・当事業所において利用者負担の上限管理を担当し、具体的に上限を超える際の調整を行った場合には、別途上限管理にかかる費用をお支払いいただきます。

※償還払いについて

事業者が介護給付費額の代理受領を行わない場合は、介護給付費基準額の全額を一旦お支払いいただきます。この場合、利用者に領収証とサービス提供証明書を発行いたします。後日、介護給付費が支給される要件が整った場合は、領収証とサービス提供証明書を添えて、利用者の住所地の市区町村に申請すると、介護給付費が支給されます。

※料金表の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者の居宅介護等計画に定められた目安の時間を基準とします。

※利用者の世帯が他の市区町村に転出する場合は、利用者負担額は変更することがありますので、あらかじめ事業者にご連絡をお願い致します。

※事業者が利用者に代わり市区町村から受領した介護給付費の額については、利用者または契約者に通知します。

※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく介護給付費基準額の改定があった場合は、料金体系は、改定された介護給付費基準額に準拠するものとします。

※ 課税対象サービスについては適格請求書等保存方式（インボイス制度）において、消費税の端数処理は一請求当たり税率ごとに１回、と規定される消費税算出方法を適用します。

(2)　交通費

①　前記５の(1)の通常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、サービス従業者が訪問するための交通費の実費が必要です（自動車の場合は、路程１km あたり５０円を実費としていただきます)。

②　通院介助や外出介護など屋外での移動時に必要となる公共交通機関等の交通費については、サービス従業者の分も含め、契約者にその実費をご負担いただきますのでご了承ください。

(3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、キャンセルしたサービスに応じた下記の料金を頂きます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。　　（連絡先　電話　044-976-5530　）

① サービス利用日の前々日までにご連絡いただいた場合	無料
② サービス利用日の前日までにご連絡いただいた場合	利用者自己負担額の　５０％
③ サービス利用当日の連絡または連絡がない場合	利用者自己負担額の１００％

＊　ただし、利用者の容体の急変など、緊急やむを得ない事情の場合は、キャンセル料は不要です。

(4)　その他利用に当たっての注意事項

① 利用者の住まいで、サービスを提供するために必要な水道、ガス、電気、電話等の費用は、無償で使用させていただきます。

② 利用者の担当となるサービス従業者の選任（変更）は、事業者が行い、原則として利用者が指名することはできません。ただし、事業者の都合により担当のサービス従業者を変更する場合は、利用者および利用者の家族に事前に連絡するとともに、サービスの利用に不利益が生じないよう十分に配慮します。

③ サービス従業者は、医療行為や金銭・預貯金通帳の取扱い、証書等の預かりはいたしかねますので、ご了承ください（家事援助として行う買い物等に伴う少額の金銭の取扱いは可能です）。

④ サービス従業者は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律上、利用者の介護や家事の準備等を行うこととされています。家族の方の食事の準備など、それ以外の業務については介護給付費支給対象外のサービスとなりますので、ご了承ください。

⑤ サービス従業者は、事業者のサービスに関する事項を除き、利用者に対し、または利用者と共に行う経済的・営利的活動または政治・宗教活動その他これに類する行為は禁止されておりますので、ご了承ください。

⑥ サービス従業者は、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません（利用者または第三者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合は除きます）。

⑦ サービス従業者は、利用者のお住まいへの出入りの際、感染症の予防のため、手洗い、うがい等をさせていただきますのでご了承ください。

⑧ サービス従業者に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

⑨ 料金のお支払い方法

毎月、月末を締め日とした当月料金の合計額の請求書に明細を付してお届けします。請求書の内容を確認の上、下記の方法により、翌月２７日までにお支払いください。

（ア）原則、契約者指定口座からの自動振替

翌月２７日（金融機関が休日の場合はその翌営業日）に振替させていただきます。

お支払い確認後、領収証をお渡しいたします。

（イ）やむを得ない事情により、（ア）の支払方法が不可な場合に限り、事業所に申し出のうえ、事業者の指示する別の支払い方法（事業者指定口座への振込み）。なお、振込み手数料は契約者のご負担となります。

８．当社のサービスの特徴等

事　項	有無	備　考	
サービス従業者の変更の可否	有	変更を希望される場合は、その理由（業務上不適当と判断される事由）を明らかにして、事業所までお申し出ください。 ＊業務上不適当と判断される事由がない場合、変更を致しかねる場合があります。	
従業員への研修の実施	有	年間計画に基づく	
サービスマニュアルの作成	有		
第三者評価の実施	無	直近の実施年月日	―
		評価機関の名称	―
		結果の開示状況	―

９．サービスの利用方法

(1) サービスについて介護給付費の支給決定を受けた方で、当事業所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。利用者の受給者証の記載内容を確認し、サービスの説明を致します。

(2) サービスの利用が決定した場合は、契約を締結し、居宅介護等計画書を作成してサービスの提供を開始します。

１０．緊急時の対応方法

サービスの提供中に利用者に病状の急変が生じた場合やその他必要な場合は、事前の打ちあわせにより、速やかに主治医、救急隊、親族等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連　絡　先	
ご家族等	氏　　名	続柄（　　）
	連　絡　先	
その他 （　　）	氏　　名	
	連　絡　先	

１１．事故発生時の対応方法

(1) サービスの提供中に事故が発生した場合は、事前の打ち合わせによる連絡先および市区町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況および事故に際して採った処置については記録し、事故の要因を十分に検討して原因解明を行い、再発防止に努めます。

市区町村	市区町村および担当部署	市区町村： 担当部署：
	連絡先	

(2) 事故の原因が当社の責めに帰す場合、所定の手続きを経て損害賠償を速やかに行います。ただし、事故防止に十分注意したにもかかわらず生じた損害については、その賠償責任を負わないものとします。

１２．衛生管理について

(1) 使用する備品等は清潔に保持し、定期的な消毒を施すなど常に衛生管理に十分留意するものとします。

(2) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

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する委員会を概ね６か月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

１３．虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者の選定及び設置

虐待防止に関する責任者	西宮　美枝子

(2) 成年後見制度の利用支援

(3) 苦情解決体制の整備

(4) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施

(5) 虐待防止委員会を設置し、虐待の未然防止や虐待事案発生時の検証、再発防止策の検討等を実施

１４．身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、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、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、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。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

(1) 切迫性・・・・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。

(2) 非代替性・・・・身体拘束以外に、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を防止することができない場合に限ります。

(3) 一時性・・・・・・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なくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

１５．サービス内容に関する相談・苦情

(1) 相談・苦情窓口

苦情受付担当者	西宮　美枝子	連絡先	044-976-5530
苦情解決責任者	西宮　美枝子		

(2) 苦情処理を行うための処理体制・手順

① 苦情受付担当者は、利用者からの苦情を随時受付けます。

② 苦情受付担当者は、利用者からの苦情受付に際し、次の事項を書面に記録し、その内容について苦情申出者に確認します。

・苦情の内容

・苦情申出人の希望等

③ 苦情受付担当者は、苦情内容と希望等を事実確認の後、苦情解決責任者へ報告します。

④ 苦情受付担当者は、事実確認の結果を踏まえ、必要な場合には検討会議を行いつつ、速やかに具体的な対応を行います。

⑤ 苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。

⑥ 受付担当者は、苦情解決や改善を重ねることで、サービスの質の向上および再発防止のため苦情の受付から改善までの経過と結果を記録します。

(3) その他

当社以外に、次の公的機関の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

市区町村		川崎市
	担当部署	宮前区役所　高齢・障害課
	連 絡 先	044-856-3242

社会福祉協議会		
	担当部署	
	連 絡 先	

その他		神奈川県
	担当部署	かながわ福祉サービス運営適正化委員会
	連 絡 先	045-311-8861

１６．秘密の保持

(1) 事業者および従業者は、正当な理由なく、サービス提供をする上で知り得た利用者および利用者の家族に関する秘密を第三者に漏らしません。この守秘義務は、雇用契約終了後も同様です。

(2) 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、利用者の個人情報を用いません。

(3) 事業者は、利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、当該家族の個人情報を用いません。

(4) 事業者は、事業者の従業員の退職時においても事業者の従業員が前各項を遵守することを目的とした誓約書を事業者に提出させます。

１７．その他、運営に関する留意事項について

(1) 事業所は、この事業を行うため、サービス提供記録簿、利用申込書、その他必要な帳簿を整備し、そのサービスの完結の日（サービスを最後に提供した日をいう）から５年間保存するものとします。

(2) 利用者、契約者、代理人、利用者の家族、その他の利用者の関係者が、事業者・事業所その職員等に対し、不当な要求を行った場合、または社会通念上不相当な手段または態様により自己の要求を実現しようとした場合、事業者・事業所の判断により、サービスの提供の停止、または、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。

【社会通念上不当な手段または態様により自己の要求を実現しようとする場合の具体例】

・精神的な攻撃（脅迫、中傷、名誉棄損、侮辱、暴言）
・土下座の要求
・継続的（繰り返し）、執拗（しつこい）な言動
・拘束的（不退居、居座り、監禁）な行動
・性的な言動

(3) 運営に関する重要事項は、関係法令によるもののほか、事業者と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとします。

≪署名欄≫

以上、乙は、サービスの提供開始にあたり、重要事項について本書面を交付して、甲、利用者、代理人、利用者の家族に説明しました。なお、本書は２通作成し、甲および乙が１通ずつ保有するものとします。

私は、サービスの利用にあたり、乙から上記のとおり重要事項について説明を受け同意しました。

令和　　年　　月　　日

必ずご本人様の自筆にてご署名ください。やむを得ない事情により、代筆が必要となる場合には、別途、代筆確認書のご提出をいただく必要があります。

契約者（甲）	氏　名　：
	住　所　：
	利用者との関係（続柄）：
利用者	氏　名　：
	住　所　：
代理人（選任した場合）	氏　名　：
	住　所　：
	甲との関係（続柄）：
利用者の家族（連帯保証人） （本契約第 20 条に定める）	氏　名　：
	住　所　：
	利用者との関係（続柄）：
立会人 ※立会人は、右記署名により、何らの法的権利義務を負うものではありません。	氏　名　：
	住　所　：
	民生委員・生活支援員・介護支援専門員 その他（　　）※該当するものに〇で囲む
事業者（乙）	住　所　：　東京都新宿区西新宿七丁目５番２５号 事業者名：　ヒューマンライフケア株式会社 代表者名：　代表取締役　　瀬戸口　信也　　印
事業所	住　所　：　神奈川県川崎市宮前区水沢 3-13-22 事業所名：　ヒューマンライフケア宮前ホスピスホーム
説明日・説明者	説明日　：令和　　年　　月　　日 説明者　：