

**指定居宅介護・同行援護
春緑苑ヘルパーステーション重要事項説明書**

令和 8 年 4 月 1 日 現在

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電 話	0568-88-5828	F A X	0568-88-7938
担 当	サービス提供責任者	〇〇	〇〇

2 春緑苑ヘルパーステーションの概要

(1) 提供できるサービスの種類

事業所名称	春緑苑ヘルパーステーション
所在地	〒487-0031 春日井市廻間町字神屋洞 703 番地 1
介護保険指定番号	第 2317500623 号
実施地域	春日井市

(2) 同事業所の職員体制

管 理 者	1 人 (常勤)
サービス提供責任者	1 人以上
訪問介護員等	2.5 人以上 (常勤換算)

(3) 営業日、窓口対応時間及びサービス提供時間

営 業 日	月曜日から日曜日 (ただし、12 月 29 日から 1 月 3 日を除く。)
サービス提供時間	8 時から 20 時
窓 口 対 応 時 間	8 時 45 分から 17 時 30 分

※ 電話等により 24 時間連絡が可能な体制とする。

3 サービス内容

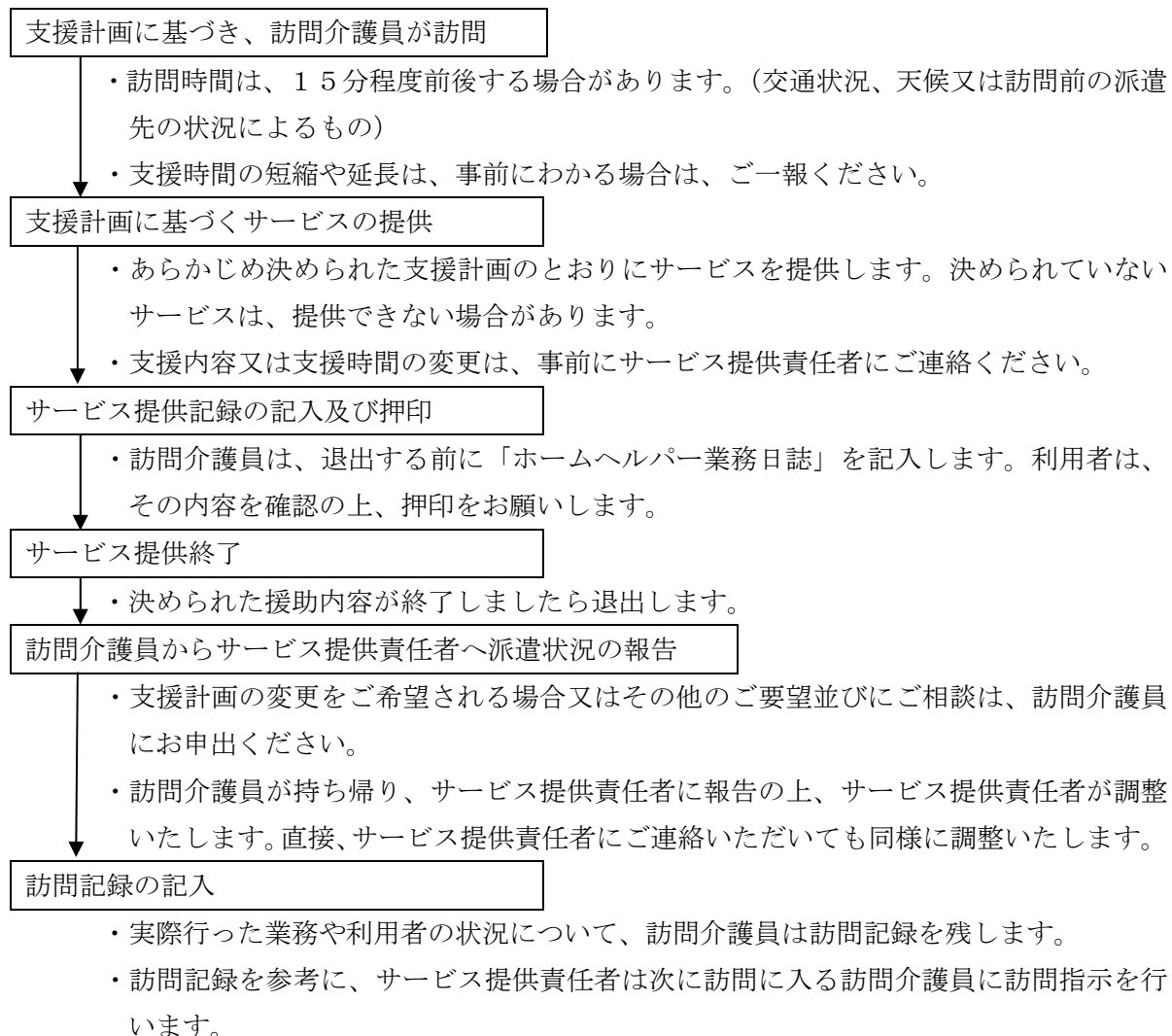
(1) 事業の目的

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、事業所の従業者が支給決定を受けた利用者及び障がい児に対し、適正な事業を提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

- ア 利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護等、その他の生活全般にわたる援助を行います。
- イ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供を行う。
- ウ 関係市町村、他の障害福祉サービス事業者、地域の保健・医療・福祉サービス機関との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(3) サービス提供の流れ



※ 訪問介護員の稼働状況により臨時的に曜日変更や時間変更をお願いする場合があります。

(4) サービス提供内容

ア 居宅介護

障がいのある人に居宅において入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を行います。

イ 同行援護

移動時及びそれに伴う外出先において必要な視覚的情報の支援、移動の援護、排泄・食事等の介護、その他外出する際に必要となる援助を行います。

(5) 訪問介護員に禁止していること

ア 利用者との個人的な金品のやりとり、契約、連絡

イ あらかじめ決められた援助内容以外のサービスの提供

ウ 決められた時間以外での利用者宅への訪問

エ 身体拘束又は利用者の行動を制限する行為（利用者若しくは第三者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除きます。）

オ 利用者又はその家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動又はその他の迷惑行為

4 障害福祉サービス受給者証等の提示のお願い

障害福祉サービス受給者証等の必要書類の確認及び複写をさせていただく必要がありますので、必ずご提示ください。

必用種類	障害福祉サービス受給者証
提示をしていただくとき	初回利用時・必要書類が変更されたとき

5 利用料金について

(1) 利用料金

ア 障害者総合支援法適用のサービス料金につきましては、以下の基本料金及び加算の1割が自己負担になります。サービス利用者は、負担上限月額を超えて利用者負担を支払う必要はありません。

イ ご利用者が、まだ介護給付費の支給決定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。支給決定を受けた後、自己負担額を除く金額が市町村から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご利用者が介護給付費の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

(2) サービス利用単位数（介護保険給付費）

地域区分単価（6級地） 1単位：10.36円

【居宅介護サービス費（1回あたり）】

利用時間	居宅介護	
	身体介護	家事援助
30分未満	256単位	106単位
30分以上45分未満	—	153単位
30分以上1時間未満	404単位	—
45分以上1時間未満	—	197単位
1時間以上1時間15分未満	—	239単位
1時間以上1時間30分未満	587単位	—
1時間15分以上1時間30分未満	—	275単位
1時間30分以上	—	311単位 15分増すごとに+35単位
1時間30分以上2時間未満	669単位	—
2時間以上2時間30分未満	754単位	—
2時間30分以上3時間未満	837単位	—
3時間以上	921単位 30分増すごとに+83単位	—

【同行援護サービス費（1回あたり）】

利用時間	同行援護
30分未満	191単位
30分以上1時間未満	302単位
1時間以上1時間30分未満	436単位
1時間30分以上2時間未満	501単位
2時間以上2時間30分未満	566単位
2時間30分以上3時間未満	632単位
3時間以上	697単位に30分増すごとに

【加算】

加算名	単位数	内容
初回加算	200単位	初回時、利用者が過去2月間に、当該事業所からサービスの提供を受けていない場合に加算します。要支援から要介護に変更となった場合も加算します。（初回利用月のみ）
夜間（午後6時から午後10時まで） 早朝（午前6時から午前8時まで）	所定単位数 の25%	サービス開始時刻が夜間・早朝の時間帯にサービス提供を行った場合に加算します。
緊急時訪問介護加算	100単位/回	利用者又はその家族からの要請を受け、サービス提供責任者が居宅介護計画に位置付けられていないサービスを24時間以内に行ったときに加算します。
2人の訪問介護員等による提供	所定単位数 の100%	訪問介護員1名で援助を行うことが困難な場合、利用者の同意を得た上で、訪問介護員2名で提供したときに加算します。
特定事業所加算Ⅱ	所定単位数 の10%	介護福祉士等の人材を確保し、質の高いサービスを提供するための体制を構築している事業所を評価する加算（介護福祉士30%以上配置）
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数 の41.7%	所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、当該加算は区分支給限度基準額の算定対象からは除外されます。

(3) 介護保険の対象とならないサービス（1回あたり）

ア 交通費

種類		料金
介護保険適用 サービス利用者	事業所の実施地域	無料
	事業所の実施地域を越えた地点から片道1kmあたり	25円

イ 複写物の交付

複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます（1枚10円）。

(4) 利用料金の変更について

介護給付費体系の変更があった場合、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、事業者は、利用者に対して事前の説明をしたうえで、当該サービスの利用料金を相応な額に変更することができます。

(5) 利用者負担額の上限等について

障害者総合支援法の適用を受けるサービス利用者負担額は、市町村が上限を定めています。利用者の希望により、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。

(6) 利用料金のお支払い方法について

前期(2)、(3)の料金・費用は、原則としてサービス利用月の翌月26日に口座引き落としさせていただきます。

6 利用の中止、変更、追加

(1) 利用予定日の前に、利用者の都合により介護サービス利用を中止もしくは変更、又は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業所にお申し出ください。

(2) キャンセル料金

利用予定日の前日までに申出がなく、当日に利用中止の申出をされた場合、下記のキャンセル料が発生します。ただし、利用者の体調不良等、正当な事由がある場合には、この限りではありません。

種類	料金
利用日の前日までに連絡をいただいた場合	無料
利用日の当日に連絡をいただいた場合	500 円
利用日の当日に連絡をいただけなかった場合	1,000 円

(3) 事業所の稼働状況により、利用者の希望される期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を提案し、相談に応じます。

(4) 利用者の体調不良によってサービス提供が困難な場合には、主治医等と相談の上、利用の一時中止をお願いする場合があります。

(5) 自然災害や感染症等により、サービスの提供が困難な場合には、訪問時間や訪問日の変更、ご利用の一時中止をお願いする場合があります。

7 サービスの終了

(1) 利用者からの契約解除について

サービスの終了を希望する7日前までに書面でお申し出ください。

(2) 事業者からの契約解除について

ア 利用者が3か月以上居宅サービスを利用していない場合、利用者に1か月前までに書面により通知することによって、契約を解除させていただく場合がございます。

イ 利用者が以下の事項に該当する場合には、書面で通知することにより契約を解除させて

いただく場合がございます。

(ア) 利用者及びその家族が契約締結時に心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果サービスを継続しがたい事情を生じさせた場合

(イ) 利用者及びその家族によるサービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず支払われない場合

(ウ) 利用者又はその家族が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為（※）を行うなどによって、サービスを継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

※ 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、サービス中止や契約を解除することもあります（暴力又は乱暴な言動、無理な要求、セクシャルハラスメント等）。

(3) 契約の終了について

以下の事由に該当した場合は、この契約は終了します。

ア 利用者が死亡した場合

イ 利用者が障害者総合支援法に基づき施設に入所した場合

ウ 事業所を閉鎖した場合

エ 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの実施が不可能になった場合

オ 事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

8 事故発生時の対応

利用者のサービス提供中に事故が発生した場合には必要に応じて、医療機関への連絡と受診、利用者の家族又はサービス事業所への連絡、必要時の市町村への連絡、事故原因の解明及び改善策の検討、事業所加入の損害賠償保険に基づく対応を行います。

9 損害賠償について

事業者はサービス提供に当たって故意又は過失により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

10 その他運営について

(1) 虐待の防止のための措置

ア 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）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ります。

イ 虐待の防止のための指針を整備します。

ウ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年1回以上）実施します。

エ 前号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

(2) 業務継続計画の策定等について

ア 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を策定します。

イ 従業者に対し、計画について周知するとともに、研修及び訓練（年1回以上）を実施します。

(3) 感染症の予防及びまん延防止について

ア 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

イ 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

ウ 従業者に対する研修及び訓練（年1回以上）を実施します。

(4) 質的向上を図るための研修について

従業者の質的向上を図るための研修として、新規採用時及び継続研修を実施していきます。

(5) 福祉サービス第三者評価実施状況

実施状況：なし

1.1 緊急時における対応方法について

利用者の容体に変化があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講ずるほか、ご家族又は代理人に速やかに連絡いたします。

主治医	病院・主治医名	
	連絡先	
ご家族・代理人	氏名（続柄）	()
	連絡先	

1.2 個人情報の利用について

(1) 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族又は代理人に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。

(2) 事業者は、利用者及びその家族又は代理人から、あらかじめ同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者及びその家族又は代理人の個人情報を用いません。

(3) 事業者は、サービス担当者会議、職員会議、アセスメント、モニタリング等において、記録の正確性確保及びサービスの質の向上を目的として AI による議事録作成支援サービスを使用し、必要に応じて会議内容を録音およびテキスト化することがあります。

録音データは議事録作成および内容確認の目的のみに利用し、法令に基づく場合を除き第三者へ提供しません。録音データは適切な暗号化処理を行った上で管理します。

(4) 事業者は、利用者及びその家族又は代理人に関する個人情報が含まれる記録物については注意を持って管理し、また、処分の際も含め第三者への漏えいの防止対策を講じます。

(5) 以下の場合については、必要最小限の範囲で使用するものとします。

ア 使用目的

(ア) 適切なサービス提供のために必用な当法人内での情報収集と情報共有、医療機関や他法人が行う福祉サービス事業所、自治体（保険者）等との情報収集や連絡調整

(イ) 利用者もしくはその家族又は代理人が体調を崩し、又は怪我等で病院へ行ったときの
医師及び看護職員等への情報提供

(ウ) 事業者が受け入れる実習生、研修生への教育のため

イ 個人情報の内容

(ア) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等で、事業所がサービスを行うために必要な
利用者及びその家族又は代理人の個人情報

(イ) その他の利用者及びその家族又は代理人に関する個人情報であって、特定の個人が識
別、又は識別されうる情報

ウ 個人情報を提供する事業所

(ア) 担当の相談支援事業所又は障がい者生活支援センター

(イ) 支援計画に記載されている事業所

(ウ) かかりつけ医の所属する病院又は診療所等（緊急時については、それ以外の病院等）

(エ) 福祉事務所、保健所又は障がい者生活支援センター等

エ 使用する期間

契約終了まで

1 3 サービス内容に関する相談・苦情

当事業所の利用者相談・苦情担当者

担当	サービス提供責任者		〇〇 〇〇	
連絡先	T E L	0568-88-5828	F A X	0568-88-7938

当事業所の他、以下の公的機関等でも相談・苦情を受け付けています。

機関名	部署名	連絡先
春日井市役所	障害福祉課	0568-85-6188
愛知県社会福祉協議会	運営適正化委員会	052-212-5515

事業所が行う障がい者向け介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項及び個人情報
情報の利用についての説明を行いました。

令和 年 月 日

【事業者】 住 所 春日井市廻間町字神屋洞703番地1
名 称 社会福祉法人恩賜財団愛知県同胞援護会
代 表 者 理事長 西村 眞

【事業所】 住 所 春日井市廻間町字神屋洞703番地1
名 称 春緑苑ヘルパーステーション
施 設 長 ○○ ○○
管 理 者 ○○ ○○

【説明者】 職 名
氏 名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項及び個人情報の利用についての説明を受け、サー
ビスの提供を受けることに同意しました。

令和 年 月 日

【利用者】 住 所 _____

氏 名 _____

【家族又は代理人】 住 所 _____

氏 名 _____

利用者との関係 ()