

居宅介護・重度訪問・行動援護・同行援護事業所ユーシャイン重要事項説明書

社会福祉法人優輝福祉会

指定居宅介護・行動援護・重度訪問・同行援護介護事業所ユーシャイン
重要事項説明書

あなたに対する居宅介護サービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて当事業所があなたに説明すべき内容は次の通りです。

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 優輝福祉会
所 在 地	広島県三次市吉舎町吉舎606番地
電 話 番 号	0824-43-3121
代表者氏名	理事長 森重 利夫
設 立 年 月	平成2年12月13日

2. 利用施設

事業所の種類	指定訪問介護事業所ユーシャイン (居宅介護・行動援護・同行援護・重度訪問介護) 平成18年10月1日指定
事業所の名称 (事業所番号)	訪問介護事業所ユーシャイン 3412100111
事業所の所在地	広島県庄原市総領町中領家476番地
連 絡 先	電話番号 0824-88-3000 ファックス 0824-88-3030
管 理 者	若井 久子
サービス提供責任者	塚原 幸子・甲斐真弓
サービスの実施地域	庄原市、三次市、府中市
主たる対象者	身体障害者・知的障害者・精神障害者・障害児
開設年月日	平成18年10月1日

3. サービスの目的・運営方針

目 的	障害者が居宅にて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入浴、排泄及び食事等の介護、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並びにその他の生活全般にわたる援助を行います。
運営方針	関係法令を遵守し、障害者が必要なときに必要な障害福祉サービスの提供ができるよう努めるものとする。また、他の社会資源との密接な連携に努めます。

4. サービス提供職員の設置状況

令和6年4月1日現在

職 種	員数	常 勤		非常勤		常勤換算	備 考
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1	1				1	
サービス提供責任者	2		2			2	訪問介護員兼務
介護福祉士	13		2	11		2.1	訪問介護員
ホームヘルパー1級	1			1		1.0	訪問介護員
ホームヘルパー2級 初任者研修	5			5		0.2	訪問介護員
看護師	1			1		0.2	訪問介護員

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し指定障害福祉サービスを提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

※ 常勤換算とは・・・

職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 37.9時間）で除した数です。

(ア) 各職種の勤務体系

職 種	勤務体系
管理者	正規の勤務時間帯（8：30～17：00）
サービス提供責任者	正規の勤務時間帯（8：30～17：00）
登録ヘルパー（常勤）	正規の勤務時間帯（8：30～17：00）
登録ヘルパー（非常勤）	勤務により、必要に応じて。

(イ) 営業日と営業時間

営業日：日曜日～土曜日

営業時間：7：00～20：00まで（希望に応じて）

※上記の営業日、営業時間のほか、電話等により24時間常時連絡が可能な体制とする。

5. サービス提供の内容

(1) 居宅介護等計画（個別支援計画）の作成

(2) 各サービスの内容

サービス名称	サービス内容
居宅介護	自宅で、入浴、排泄、食事の介護等を行います。 又、病院への通院のための介助を行います。
行動援護	自己判断が制限されている人が行動するとき、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行います。

重度訪問介護	重度の肢体不自由者で常に介護を必要とする人に、自宅に入浴、排泄、食事の介護、外出時における移動支援などを総合的に行います。
同行援護	視覚障害の人の外出介護を行います。

(3) その他必要な生活等に関する相談、助言

(4) 介護給付費対象外サービス

サービス名称	サービス内容	
交通費	詳細は別紙	1 キロメートル 38 円
コピー代	サービス提供記録の複写物の交付費用	1 枚 21 円

<サービスの概要>

全てのサービスは、「個別支援計画」に基づいて行われます。本事業所のサービス提供責任者が作成し、利用者の同意をいただきます。尚「個別支援計画」の写しは利用者に交付いたします。

6. 利用料金

(1) 介護給付費対象サービス内容の料金

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。

(2) 介護給付費対象外サービス内容の料金

上記「5. (2) サービス提供の内容 (4) 介護給付費対象外サービス内容」の項目をご参照ください。

(3) サービス利用の取り消し料金

利用者がサービス利用の取り消し（キャンセル）する場合は、利用予定日の 3 日前までに当事業所までお申し出ください。

尚、サービス利用日の 1 日前 20：00 までに申出のない場合は、キャンセル料を頂く場合があります。

キャンセル料（詳細は別紙 1）	2,000 円
-----------------	---------

利用料金のお支払方法

前記 (1) (2) (3) の料金は 1 ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、20 日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

① 下記指定口座への振込み

郵便局 15120-43010351 ユーシャイン

庄原農業協同組合 総領支店

普通預金 7999608 介護保険事業所ユーシャイン

三次農業協同組合 吉舎支店

普通預金 0008346 社会福祉法人優輝福祉会

理事長 森重利夫

② 金融機関口座からの口座振替

7. 利用者の記録及び情報の管理等

(1) 事業者は、法令に基づいて利用者の記録及び情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。また、記録及び情報については契約の終了後5年間保管します。

※閲覧、複写ができる窓口業務時間は、午前8：30～午後5：00です。

(2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法にそった対応を行います。但し、サービス提供を行う上での他事業所及び医療機関等との連絡調整や市町村及び関係機関に情報提供を要請された場合は利用者の同意（「個人情報使用同意書」による）に基づき情報提供を致します。

8. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに医療機関への連絡等を行います。

利用者のかかりつけ医療機関	医療機関名：
	診療科：
	主治医：
	所在地：
	電話番号：
緊急連絡先①	住所：
	電話番号：
	氏名：
	続柄：
緊急連絡先①	住所：
	電話番号：
	氏名：
	続柄：

9. 秘密保持

業務上知り得た利用者及び家族の秘密は厳密に保持します。

10 事故発生時の対応

万一、事故が発生した場合は、家族、居宅介護支援事業者、市町村に連絡を行う等必要な措置を講じるとともに、速やかに損害賠償を行います。

11. 協力医療機関

(1)

医療機関の名称			
医 院 長 名			
所 在 地			
電 話 番 号			
診 療 科		入 院 設 備	

(2)

医療機関の名称			
医 院 長 名			
所 在 地			
電 話 番 号			
診 療 科		入 院 設 備	

上記の他、各専門医に協力依頼しております。

12. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望・苦情等申立先

当施設のご利用相談室	窓口担当者 塚原 幸子		
ご利用者ご相談窓口	ご利用時間	平日	午前8時30分～午後5時
		土日	午前8時30分～午後5時
	ご利用方法	電話	0824-88-3000
		面接	場所 面接室
広島県社会福祉協議会	ご利用時間	平日	午前8時30分～午後5時
	ご利用方法	電話	082-254-3411
第三者委員	上杉千恵美	0824-73-0559 歌手	
	奥 易之	0824-88-2548 無職	
	宮崎 文隆	0824-66-2317 団体役員	
庄原市社会福祉課 障害者福祉係	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地：広島県庄原市中本町1丁目10-1 ・電話番号：0824-73-1210 ・ご利用時間：午前8時30分～午後5時15分 		
運営適正化委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地：広島市南区比治山本町12-2 ・電話番号：082-254-3411 ・F A X：082-250-6183 		
広島県国民健康保険連合会 ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時 ご利用方法 電話 082-545-0011			

(2) 虐待防止に関する相談窓口

虐待防止に関する 相談窓口	・窓口担当者	甲斐 真弓
	・ご利用時間	8 : 30 ~ 17 : 00
	・電話番号	0824-88-3000
	F A X	0824-88-3030

* 苦情があった場合の対応手順

苦情があった場合は、担当者がご利用者及びサービス事業者や関係機関と調整し、速やかに対応します。

指定障害者福祉サービス居宅介護・行動援護・重度訪問・同行援護の提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者名 : 社会福祉法人 優輝福祉会
事業者住所 : 広島県三次市吉舎町吉舎606番地
事業所名 : 訪問介護事業所ユーシャイン
代表者氏名 : 理事長 森重 利夫 印

説明者 氏名 印

-
私は、本書面に基づいて事業者から指定障害福祉サービス居宅介護及び行動
援護の提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者住所 : _____

氏 名 : _____ 印

代理人住所 : _____

氏 名 : _____ 印

続 柄 : _____