

障害者居宅介護サービス利用契約に関する
重要事項説明書及び
サービス内容説明書

公益財団法人 福井市ふれあい公社

ホームヘルプサービスセンター

福井市日之出4丁目3番12号

電話 0776-20-5101

障害者居宅介護サービス利用契約に関する

重要事項説明書

1 事業者の概要

| | | | |
|-------|--------------------------|--------|---|
| 名 称 | 公益財団法人福井市ふれあい公社 | | |
| 所在地 | 〒910-0859 福井市日之出4丁目3番12号 | | |
| 代表者名 | 理事長 小寺 正樹 | | |
| 電話番号 | 0776-20-5015 | FAX番号 | 0776-27-5852 |
| 設立年月日 | 平成5年3月15日 | ホームページ | http://www.fureai-kousha.jp |

2 事業所の名称・所在地等

| | | | |
|--------|-------------------------------|-------|--------------|
| 名 称 | 公益財団法人福井市ふれあい公社ホームヘルプサービスセンター | | |
| 所在地 | 〒910-0859 福井市日之出4丁目3番12号 | | |
| 電話番号 | 0776-20-5101 | FAX番号 | 0776-27-5852 |
| 開設年月日 | 平成12年4月1日 | 事業所番号 | 1810100139 |
| 主な実施事業 | 訪問介護事業、居宅介護支援事業 | | |

3 事業所の職員体制等

(単位：人)

| 職 種 | 人数 | 区 分 | | 配置及び職務の内容 |
|-----------|-----------|-----|-----|---|
| | | 常勤 | 非常勤 | |
| 管理者 | 1 | ○ | | 従業員及び業務の管理等 |
| サービス提供責任者 | 1 以上 | ○ | ○ | 介護福祉士1人以上に利用者数が40人を超えるごとに1人加算 個別支援計画の作成・調整 |
| 訪問介護員 | 2.5 以上 | ○ | ○ | 介護福祉士、実務者研修、 介護職員初任者研修若しくは訪問介護員養成研修2級課程修了者 |

4 事業の実施地域、営業日及び営業時間

| | |
|-----------|--------------------|
| 実施地域 | 福井市 |
| 営業日 | 1月1日から12月31日まで |
| サービス提供時間帯 | 午前8時30分から午後5時15分まで |

5 事業の目的と運営方針

(1) 目的

利用者が、可能な限りその居宅において、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、サービスを提供します。

(2) 運営方針

利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて、利用者の自立を支援し、生活の質の向上に資するサービス提供を行い、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援に努めます。

6 サービスの内容

| | |
|------|--------------------------------|
| 身体介護 | 入浴、排泄及び食事等の介護 |
| 家事援助 | 買物、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 |
| 同行援護 | 視覚障害等の外出時に必要な援助 |
| 移動支援 | 社会生活上必要不可欠な外出及び社会参加のための外出移動支援 |

7 利用料等

サービスの利用にかかる費用については、別表「利用料金一覧」のとおりです。

なお、利用者の具体的なサービス内容と利用者負担額については、契約書別紙「サービス内容説明書」に記載します。

(1) 利用者負担額

上記サービスの利用に対しては、通常9割が介護給付費の対象となります。事業者が介護給付費を代理受領する場合には、所得に応じた利用者負担額の月額上限の範囲で自己負担額をお支払いただきます。

なお、サービス利用自己負担額が月額上限額を超えない場合は、サービス利用料金の1割をお支払いただきます。

(2) 交通費

福井市外でサービスを行う場合は、交通費の実費が必要となります。この場合において、自動車を使用する場合の交通費は下記のとおりです。

| 適用範囲 | 金額 |
|---------------------|-----------|
| 福井市を越えた地点から片道10km未満 | 300円 |
| 福井市を越えた地点から片道10km以上 | 1kmあたり30円 |

(3) キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

| キャンセルの時期 | キャンセル(中止)料 |
|---------------------------------|------------|
| 利用日の前日までに連絡があった場合 | 無料 |
| 利用日の利用時間2時間前までに連絡があった場合 | 500円 |
| 上記までに連絡がなかった場合 (訪問後のキャンセル含む) | 600円 |

(4) その他の費用

サービスの提供に必要な費用（光熱水費、物品の購入費、訪問介護員が訪問する際に要する駐車料金等）は、利用者の負担となります。

8 利用料等の支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、当月の末日までにお支払いください。なお、請求書にはサービスの内容や利用料等を記載します。

9 緊急時における対応方法

サービスの提供中に利用者に容態の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医、救急隊、居宅サービス計画を作成した相談支援事業者等へ連絡を取り、必要な措置を講じます。

10 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに福井市、家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

11 秘密の保持

利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めます。

従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。この秘密保持義務は、利用者との契約終了後においても継続します。

センターは、従業者であった者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を雇用契約の内容とします。

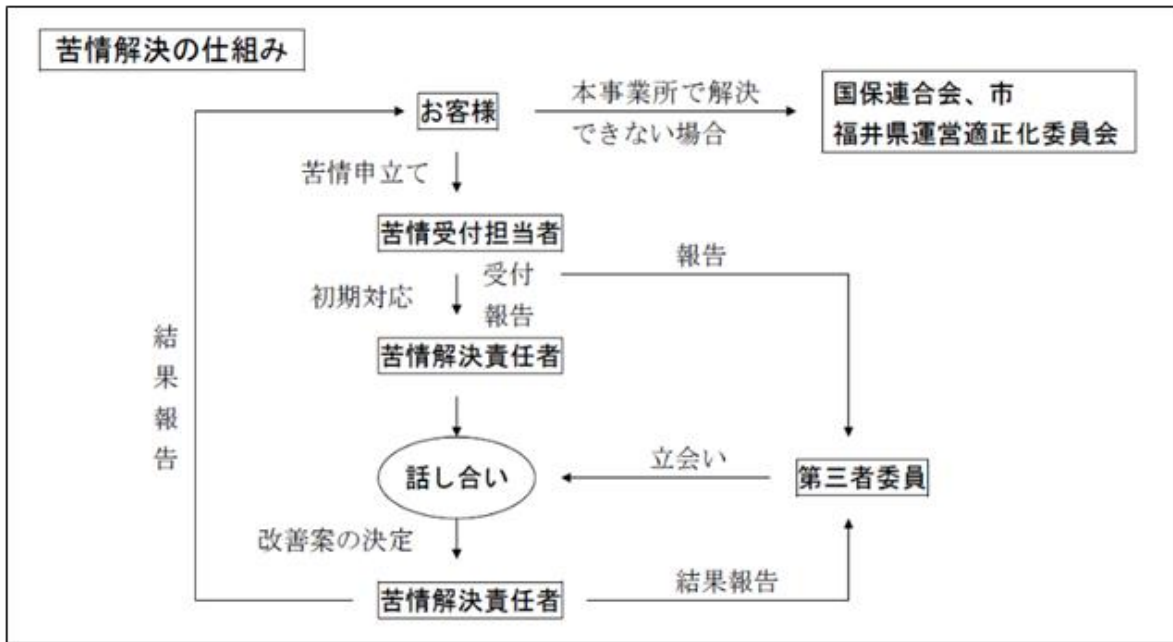
センターは、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておくものとする。

12 虐待防止に関する相談窓口

| | | |
|----------|------|--------------------|
| 虐待防止相談窓口 | 所在地 | 福井市日之出4丁目3番12号 |
| | 電話番号 | (0776)20-5101 |
| | 利用時間 | 平日 午前8時30分～午後5時15分 |
| | 担当者 | 管理者 吉村 美由貴 |

13 サービス内容に関する苦情等相談窓口

| | | |
|--------------------|------|---------------------------|
| 当事業所 苦情相談窓口 | 所在地 | 福井市日之出4丁目3番12号 |
| | 電話番号 | (0776)20-5101 |
| | 利用時間 | 平日 午前8時30分～午後5時15分 |
| | 担当者 | 管理者 吉村 美由貴 |
| 福井市福祉健康部 障がい福祉課 | 所在地 | 福井市大手3丁目10-1(福井市役所別館1階) |
| | 電話番号 | (0776)20-5435 |
| | 利用時間 | 平日 午前8時30分～午後5時15分 |
| 福井県国民健康 保険団体連合会 | 所在地 | 福井市西開発4丁目202-1(福井県自治会館4階) |
| | 電話番号 | (0776)57-1614 |
| | 利用時間 | 平日 午前8時30分～午後5時15分 |
| 福井県運営適正化 委員会 | 所在地 | 福井市光陽2丁目3番22号 |
| | 電話番号 | (0776)24-2347 |
| | 利用時間 | 平日 午前9時～午後5時 |



当事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者

福井市日之出4丁目3番12号
 公益財団法人 福井市ふれあい公社
 理事長 小寺 正樹 ㊞

(説明者) _____

私は、居宅介護等に関する重要事項の説明を受け、その内容について理解し同意しました。

令和 年 月 日

(利用者)氏 名 _____ ㊞

住 所 _____

(代理人又は署名代行者)氏 名 _____ ㊞

住 所 _____

利用者との関係 ()

(立会人)氏 名 _____ ㊞

住 所 _____

4 利用者の負担

(1) 利用料の目安

| 種類 | 利用時間又は内容 | 受給適用 負担額（1割） | | 受給適用外 負担額（全額） | | 負担額 合計（円） |
|------------------|------------------------|-----------------|------|------------------|------|--------------|
| | | 単価（円） | 回数/月 | 単価（円） | 回数/月 | |
| 身体介護 | | | 回 | | 回 | |
| | | | 回 | | 回 | |
| 家事援助 | | | 回 | | 回 | |
| | | | 回 | | 回 | |
| 同行援護 | | | 回 | | 回 | |
| | | | 回 | | 回 | |
| 移動支援 | | | 回 | | 回 | |
| | | | 回 | | 回 | |
| 1月当たりの利用者負担額の目安 | | | 回 | | 回 | |
| 利用者負担月額上限額（負担軽減） | | | | | | 円 |
| 1月当たりの負担額合計 | | | | | | 円 |
| 初回加算 | サービス提供責任者が初回訪問時に同行した場合 | | | | | 円/回 |
| 緊急時居宅介護加算 | 計画にない身体介護サービスを緊急に行った場合 | | | | | 円/回 |

(2) 交通費

福井市外でサービスを行う場合は、交通費の実費が必要となります。この場合において、自動車を使用する場合の交通費は下記のとおりです。

| 適用範囲 | 金額 |
|---------------------|-----------|
| 福井市を越えた地点から片道10km未満 | 300円 |
| 福井市を越えた地点から片道10km以上 | 1kmあたり30円 |

(3) キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

| キャンセルの時期 | キャンセル(中止)料 |
|-----------------------------|------------|
| 利用日の前日までに連絡があった場合 | 無料 |
| 利用日の利用時間2時間前までに連絡があった場合 | 500円 |
| 上記までに連絡がなかった場合（訪問後のキャンセル含む） | 600円 |

(4) その他の費用

サービスの提供に必要な費用（光熱水費、物品の購入費、訪問介護員が訪問する際に要する駐車料金等）は、利用者の負担となります。

5 利用料等の支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、当月の末日までにお支払いください。なお、請求書にはサービスの内容や利用料等を記載します。

【緊急時の連絡先】

(令和 年 月 日現在)

| | | | | |
|---------------------|-------------|-------------|-----|-------|
| 利用者 | 住 所 | 〒 _____ | | |
| | 氏 名 | _____ | 電 話 | _____ |
| 主治医 | 所在地 | 〒 _____ | | |
| | 名 称 | _____ | | |
| | 氏 名 | _____ | 電 話 | _____ |
| 緊急時 連絡先 (親族等) | 所在地 | 〒 _____ | | |
| | 氏 名 | _____ | 続 柄 | _____ |
| | 電 話 | (昼) _____ | | |
| | | (夜) _____ | | |
| | 所在地 | 〒 _____ | | |
| | 氏 名 | _____ | 続 柄 | _____ |
| 電 話 | (昼) _____ | | | |
| | (夜) _____ | | | |
| 災害時の 避難場所 | 所在地 | _____ | | |
| | 名 称 | _____ | | |
| | 電 話 | _____ | | |
| | 備 考 | _____ | | |