

ヘルパーステーションケアライズ札幌 障がい福祉サービス重要事項説明書

この重要事項説明書は、社会福祉法第 76 条及び第 77 条の規定に基づき、文章により説明を行うものです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	ケアライズ
法人種別	株式会社
事業者の所在地	札幌市白石区南郷通 21 丁目南 5 番 39 号
代表者名	吉澤 傑
電話/FAX	電話：011-827-6636 FAX：011-827-6637
設立年月日	2007 年 2 月 5 日

2. 事業の目的と運営の方針

事業所の種類	障害者総合支援法に基づく居宅介護等
事業所の目的	訪問介護事業
事業所の名称	ヘルパーステーションケアライズ札幌
事業所番号	0110502069
指定年月日	2007 年 4 月 2 日
管理者名	吉澤 傑
事業所の所在地	札幌市白石区南郷通 21 丁目南 5-39
主たる対象者	特定なし
運営方針	安心・誠実・ワンランク上のサービスを目指しております。
電話/FAX	電話：011-827-2611 FAX：011-827-2611
電子メール	info@carerise.co.jp
ホームページ	http://www.carerise.co.jp
開設年月日	2007 年 3 月 19 日
サービス提供地域	札幌市全域
サービス提供日	365 日
サービス提供時間	24 時間

3. 職員体制

職種	職員数
管理者	1 名以上
サービス提供責任者	1 名以上
従業者	常勤換算 2.5 名以上

4. サービス内容

- ・居宅介護 ・重度訪問介護 ・家事援助
- ・移動支援 ※成年後見制度の支援

5. サービス料金

(1) 利用者負担額（利用者本人及び扶養義務者の負担能力に応じ市町村が決定する額）

※利用者負担上限額

所得区分		負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯の方	0 円
低所得	市町村民税非課税世帯の方	0 円
一般 1	市町村民税非課税世帯で所得割が 16 万円未満	9,300 円
一般 2	市町村民税非課税世帯で一般 1 以外の方	37,200 円

「5. サービス料金」に対しては、障害者総合支援法に基づく介護給付費等が支給されます。障害者総合支援法に基づく介護給付費等は、本事業所が代理受領いたしますので、利用者から受給者証の記載内容に基づき、ご利用負担額をお支払いいただきます。

*利用者からの出身世帯が他の市町村に転出する場合は、ご利用負担額が変わることもありますのであらかじめ事業所までご連絡をお願いします。

*障害者総合支援法に基づく介護給付費等を事業所が代理受領を行わない場合（償還払い）は市町村が定める障害者総合支援法に基づく介護給付費等基準額の全額を行ったお支払いいただきます。

この場合、ご利用者に「サービス提供証明書」を交付します。「サービス提供証明書」と「領収書」を添えてお住いの市町村に申請すると障害者総合支援法に基づく介護給付等が支給されます。

*障害者層が追う支援法に基づく介護給付費等対象外サービス（保険外サービス）に要する費用は保険外サービス契約に基づき、1 時間 1,800 円といたします。

*平常の時間帯（午前 8 時から午後 6 時）以外の時間帯でサービスを行う場合には、次の割合で利用料金に割増料金が加算されます。割増料金は、障害者自立支援法に基づく介護給付費等の支給限度額の範囲内であれば、障害者自立支援法に基づく介護給付の対象になります。

- ・夜間（午後 6 時から午後 10 時まで）：25%
- ・早朝（午前 6 時から午前 8 時まで）：25%
- ・深夜（午後 10 時から午前 6 時まで）：50%

*ご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、電話等の費用はご利用者負担となります。

(2) ご利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法

前記の料金等は1ヶ月毎に計算し、ご請求しますので翌月20日までに以下の方法でお支払いください。

指定口座への振込	北洋銀行 平岸中央支店 普通口座 3860270
金融機関口座からの自動引落	ご利用できる金融機関 北洋銀行

(3) ご利用の中止、変更について

- ① ご利用予定日の前に、ご利用者のご都合により、居宅介護計画で定めたサービスの利用を中止又は変更することが出来ます。この場合、サービスの実施日の前日17:00までに事業者申し出てください。当日キャンセルの場合10割負担及び交通費を請求する場合があります。
- ② サービスの変更・追加は、ヘルパーの稼働状況により、ご利用者が希望する時間にサービスが提供できない事があります。その場合、他の利用可能日時をご利用者に掲示するほか、必要は調整をいたします。

6. サービスの利用方法

- ① 障がい者居宅介護について障害者自立支援法に基づく介護給付費支給決定を受けた方で、本事業所のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡下さい。本事業者のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。
- ② サービス利用が決定した場合は契約を締結し、居宅介護計画を作成して、サービスの提供を行います。ご利用者の体調等の理由で居宅介護支援計画を予定されていたサービスが実施できない場合には、ご利用者の同意を得てサービス内容を変更します。その場合、事業者は変更したサービス内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。
- ③ 適切なサービスを提供するために、同意を頂いたうえで、ご利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用情報を活用させていただくことがあります。

7. 受給者証の確認

「住所」及び「居宅利用者負担」「支給量」等「受給者証」の記載内容の変更があった場合は速やかに事業所にお知らせ下さい。また、ヘルパーやサービス提供者が「受給者証」の確認をさせて頂く場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

8. サービス実施の記録について

(1) サービス実施記録の確認

本事業所ではサービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容等を記録し、利用者にその内容をご確認頂きます。内容に間違いやご意見があれば、いつでもお申し出ください。なお、居宅介護計画及びサービス提供ごとの記録は、サービス提供日より5年間保管します。

(2) 利用者の記録や情報の管理、開示について

本事業所では、ご利用者の記録や情報を適切に管理し、ご利用者の求めに応じてその内容を開示します。

9. 緊急時における対応方法

- ・従業員は、現に指定居宅介護等の提供を行っている時に利用者に病状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・管理者に連絡する。また医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じるものとする。
- ・上記以外の緊急時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合に連絡を受けた際は、利用者の状態に応じて必要な対応を行います。

緊急時連絡先：011-827-6636

10. 事故発生時の対応

- ・事業者は、利用者に対しサービスの提供により事故が発生した場合は市町村、当該利用者家族等、関係者に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- ・事業者は、上記の事故の状況及び事故に際して取った処置について記録します。
- ・事業者は、利用者に対する介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行います。
- ・事業者は、事故が生じた際にはその原因を解明し再発生を防ぐための対策を講じます。

11. 苦情処理・虐待防止について

(虐待防止)

利用者の人権擁護、虐待の防止のため責任者を設置するなど、必要な体制の整備を行うとともに従業者に対し研修を実施するなどの措置を講ずるものとする。

(苦情処理)

提供した指定居宅介護・重度訪問介護等に関する利用者又は、その家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情受付のための窓口を設置するものとする。

苦情・虐待相談窓口

(株)ケアライズ窓口	管理者：吉澤 傑
電話番号	0 1 1－8 2 7－6 6 3 6
受付時間	2 4 時間
北海道サービス運営適正化委員会	0 1 1－2 0 4－6 3 1 0
札幌市障がい福祉課	0 1 1－2 1 1－2 9 3 6

1 2. 個人情報の使用にかかわる同意

(1) 使用目的

- ・介護サービスの提共
- ・利用者の居宅介護計画書を立案し円滑にサービスが提供される為のサービス担当者会議での情報提供
- ・他の居宅サービス事業者からの照合、居宅介護支援事業所からの照会
- ・その他サービス提供に関して必要性がある時
- ・行政機関が行うサービス担当者会議など
- ・行政機関への相談又は届出など
- ・医療機関、主治医との連携
- ・障がい者自立支援法に基づく保険請求のための事務関係
- ・賠償責任保険に関わる保険会社などへの相談や届出など

(2) 使用にあたっての条件

- ・必要最小限とし提供にあたっては、関係者以外に洩れる事がないように注意します。
- ・情報提供について同意しがたい事項がある場合には、その旨を申し出て下さい。申し出がない場合は同意していただけるものとして取り扱わせて頂きます。ただし、後から変更されることは可能です。

(3) 個人情報を使用する場所

所在地 札幌市白石区南郷通 21 丁目南 5-39

名 称 ヘルパーステーションケアライズ札幌

電 話 0 1 1－8 2 7－6 6 3 6

障がい者居宅介護サービスの提供の開始に際し、利用者に対して契約書及び本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

年 月 日

ヘルパーステーションケアライズ札幌

説明者職名 ☐管理者 ☐サービス提供責任者

〈氏 名〉 印

私は、契約書及び本書面に基づいて事業者から障がい者居宅介護サービスの提供開始についての重要事項の説明及び個人情報の使用について同意しました。

年 月 日

利用者 〈住 所〉

〈氏 名〉 印

家 族 〈住 所〉

〈氏 名〉 印

☐代理人

☐署名代行人 関係（ ）

〈住 所〉

〈氏 名〉 印