

指定障害福祉サービス重要事項説明書

(居宅介護・重度訪問介護)

利用者： _____ 様

株式会社ざっそう
ケアセンターぷりん

指定障害福祉サービス重要事項説明書

当事業所は利用者に対して、指定居宅介護、重度訪問介護サービスを提供します。当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1 サービスを提供する事業者について

事業者名称	株式会社ぞっそう
代表者職氏名	代表取締役 益岡 享
所在地	奈良県大和郡山市中城町 2 番地 2
連絡先	TEL：070-9466-5569 FAX：050-3527-0234
設立年月日	令和7年12月17日

2 サービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	ケアセンターぷりん
奈良県指定 事業所番号	居宅介護・重度訪問介護 指定番号：2910201272
指定年月日	令和8年3月1日
事業所所在地	奈良県大和郡山市中城町 2-2、1F
管理者氏名	益岡 享
連絡先	TEL：070-9466-5569 FAX：050-3527-0234
通常の事業の 実施地域	大和郡山市、奈良市、天理市、生駒市、木津川市、斑鳩町

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	ケアセンターぷりん（以下「事業所」という。）において実施する指定障害福祉サービス事業の居宅介護（以下「指定居宅介護」という。）、重度訪問介護（以下「指定重度訪問介護」という。）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、指定居宅介護、指定重度訪問介護（以下「指定居宅介護等」という。）の円滑な運営管理を図るとともに、障害者、障害児及び障害児の保護者（以下「利用者等」という。）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指定居宅介護等の提供を確保することを目的とします。
-------	--

運 営 方 針	①事業所は、利用者等が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者等の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、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、外出時における移動中の介護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適切かつ効果的に行うものとします。 ②指定居宅介護等の実施に当たっては、利用者等の必要な時に必要な指定居宅介護等の提供ができるよう努めるものとします。 ③指定居宅介護等の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、利用者等の所在する市町村、他の指定障害福祉サービス事業者、指定相談支援事業者、指定障害者支援施設その他福祉サービス又は保健医療サービスを提供する者（以下「障害福祉サービス事業者等」という。）との密接な連携に努めるものとします。
---------	---

（３）営業日・営業時間及びサービス提供可能な日と時間帯

事務所の営業日 及び 営業時間	月曜日から金曜日までとする。但し、年末年始（１２月２９日～１月３日迄）を除く。 午前１０時３０分から午後３時００分
サービス提供日 及び サービス提供時間	年中無休とし２４時間サービス提供する。

（４）事業所の職員体制

職 種	職 務 内 容	人 員 数
管 理 者	管理者は、事業者の職員及び業務の管理を一元的に行うとともに、事業所の従業者に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行います。	常勤職員 １名
サ ー ビ ス 提 供 責 任 者	① 利用者の日常生活全般の状況及び希望等を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した居宅介護計画、（以下「居宅介護計画等」という。）を作成し、利用者等及びそのご家族にその内容を説明し、その計画書を交付します。 ② 居宅介護計画等の実施状況の把握を行ない、必要に応じて変更を行います。 ⑤利用の申込みに係る調整や従業者に対する技術指導等を行います。	常勤職員 １名以上
従 業 者	① 居宅介護計画等に基づきサービスを提供します。 ②サービス提供後、サービスの提供日、内容、利用者の心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行います。	（非）常勤 兼務 職員 ２.５名以上

3 サービスの主たる対象者について

居宅介護	身体障害者・知的障害者・障害児（身体に障害のある児童・知的障害のある児童）・精神障害者・難病患者等
重度訪問介護	身体障害者・障害児

4 提供するサービスの内容と料金および利用者負担額について

（１）提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サービスの内容
居宅介護計画等の作成		利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた居宅介護計画等を作成し・必要に応じて見直しを行います。
身体介護	食事介助	食事の介助を行います。
	排せつ介助	排せつの介助、おむつ交換を行います。
	入浴介助・清拭	衣服着脱、入浴の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	その他	褥瘡（床ずれ）防止等のために体位変換や洗顔、歯磨き等の日常生活を営むために必要な身体介護を行います。
家事援助	調理	利用者の食事の用意を行います。
	洗濯	利用者の衣類等の洗濯を行います。
	掃除	利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。
	その他	利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。 預貯金の引き出し、預け入れは行いません。
通院等介助		通院等又は官公署並びに相談支援事業所への移動（公的手続き又は障害福祉サービスの利用に係る相談のために利用する場合に限る）のための屋内外における移動等の介助又は通院先での受診等の手続き、移動等の介助を行います。
重度訪問介護		入浴、排泄、及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、外出時における移動中の介護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。（重度訪問
		介護計画の作成を含む）

（２）従業者の禁止行為

従業者はサービスの提供にあたって次の行為は行いません。しかしながら個々の例外として認める場合もある。

①医療行為

②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり

- ③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④利用者の同居家族に対するサービス
- ⑤利用者の日常生活の範囲を超えたサービス
- ⑥携帯電話の使用（緊急やむ得ない場合を除く）
- ⑦飲酒、喫煙、飲食
- ⑧身体拘束その他利用者の行動を制限する行為
（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむ得ない場合を除く）
- ⑨利用者又は家族に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他の迷惑行為

（３）サービスの料金と利用者負担額について

介護給付費によるサービスを提供した際は、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、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める基準により算出した額）のうち利用者負担分（サービス利用料金全体の１割を上限）を事業者にお支払いいただきます。

新規に居宅介護計画等を作成した利用者に対して、サービス提供責任者が初回の居宅介護等を行った場合、または従業者に同行した場合に加算されます。

利用者の依頼により、利用者及びその世帯としての上限額を超えて事業者が利用者負担額を徴収しないよう、利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合は、別途加算されます。

各介護計画等に位置付けられていない居宅介護を利用者又はその家族等からの要請を受けてから 24 時間以内に行った場合に加算されます。

サービス提供の時間帯により料金が加算されます。

午前 6 時から午前 8 時まで早朝加算（25％増し）、午後 6 時から午後 10 時まで夜間加算（25％増し）、午後 10 時から午前 6 時まで深夜加算（50％増し）。

サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅介護計画等に位置づけた時間数によるものとします。なお、計画時間数と実際にサービス提供に要した時間が大幅に異なる場合は、居宅介護計画等の見直しを行います。

やむを得ない事情で、かつ利用者の同意のもと、従業者 2 人で訪問した場合の費用は 2 人分となり、利用者負担額も 2 倍になります。

（４）その他

交通費	通常の事業の実施地域を越えて行う事業に要する交通費は、公共交通機関を利用した場合は、その実費を請求させていただきます。 自動車を利用した場合の燃料費について 外出に伴い自動車を利用した場合は、燃料費（<u>現在 1 キロにつき 15 円</u>）を徴収します。また指定の自動車がある場合は、その限りではない。この時の料金は次月請求します。 ※実費負担額（燃料費等）を変更する場合は、原則としてその 2 か月前までにご説明いたします。
-----	---

・ サービス提供にあたり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用 ・ 家事援助に係る買い物等で利用者宅から目的地までの公共交通機関を利用した場合の交通費	利用者の別途負担となります。
--	----------------

5 利用料の請求および支払い方法について

利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月 15 日以降に請求しますので、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。

(ア) 現金支払い(集金に伺います)

(イ) 事業所指定口座への振り込み

お支払いを確認しましたら、領収書を発行します。

6 サービスの提供にあたっての留意事項

(1) 市町村の支給決定内容等の確認

サービスの提供に先立って、受給者証に記載された支給量・支給内容・利用者負担上限額を確認させていただきます。受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。

(2) 居宅介護計画等の変更等

居宅介護計画等は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。また、サービス利用の変更・追加は、従業者の稼働状況により利用者が希望する時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用者に提示する等必要な調整をいたします。

(3) 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、障害福祉サービス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できます。この場合にはサービスの実施日の前日 15 時までに事業所に申し出てください。
- ② 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、利用者の体調不良等やむを得ない場合は、取消料はいただきません。

利用予定日の前日 15:00 までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日 15:00 までに申し出がない場合	1, 0 0 0 円

- ③ 市町村が決定した「支給量」及び当該サービスの利用状況によっては、サービスを追加することもできます。
- ④ サービス利用の変更・追加は、ホームヘルパーの稼働状況により利用者が希望する時間にサービスを提供できないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

7 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 益岡 享
-------------	----------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(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を実施します。

8 秘密の保持と個人情報の保護について

事業者及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由もなく、第三者に漏らしません。事業所は、従業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、その秘密を保持すべき旨を、従業者と雇用契約の内容とします。

9 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

(1) 利用者様のかかりつけ医療機関

医療機関名		診療科	
所在地			
主治医		電話番号	

(2) 緊急連絡先

連絡先	氏 名：	続 柄：
	所 在 地：	
	電 話 番 号：	

10 事故発生時の対応方法について

利用者に対する居宅介護等の提供により事故が発生した場合は、県、市町村及び利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際して取った処遇について記録します。また、万一の事故に備え、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ速やかに行うものとします。

1 1 緊急時等に関する窓口

(1) 当事業所の緊急時等の受付窓口

受付窓口	窓口担当者 管理者 益岡 享 電話番号 070-9466-5569
------	--------------------------------------

1 2 サービス内容に関する苦情相談窓口

(1) 当事業所の苦情・要望の受付窓口

受付窓口	窓口担当者 管理者 益岡 享 苦情解決責任者 管理者 益岡 享 受付日 月曜日から金曜日。年末年始を除く。 受付時間 午前10時30分から午後3時00分 電話番号 070-9466-5569
------	---

(2) 行政機関その他苦情受付機関

本事業所では解決できない苦情や虐待等の相談は、行政機関又は奈良県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会に申し立てることができます。

大和郡山市役所 障害福祉課 障害福祉係	所在地 奈良県大和郡山市北郡山町248-4 電話番号 0743-53-1151
奈良県社会福祉協議会	所在地 奈良県橿原市大久保町320-11 電話番号 0744-29-0100

1 3 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無し
-------	----

令和 年 月 日

指定居宅介護等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ないました。

事業者名称：株式会社ざっそう

代表取締役 益岡 享 印

事業所名称：ケアセンターぷりん

管理者 益岡 享 印

説明者 氏名： 印

役職（ ）

私は、本書面に基づいて事業者から指定居宅介護等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：

利用者氏名： 印

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代筆者住所：

代筆者氏名： 印 （続柄 ）