

# 障害福祉サービス・移動支援事業 重要事項説明書

【令和6年6月】

## 1 事業者(法人)の概要

事業者(法人)の名称	Ark Projects 合同会社	代表者役職 氏名	代表社員 埜山 章
所在地	広島市西区庚午南一丁目32番34-310号	電話番号	082-272-6413
法人設立年月日	2022年10月5日		

## 2 サービスを提供する事業所の概要

### (1) 事業所の名称等

名称	アーク訪問介護事業所	事業所番号	(居宅介護) 3410218550 (移動支援) 3460218567
所在地	広島市安佐南区東野一丁目21番31-101号	電話番号	082-846-6620
通常の事業の実施地域	広島市安佐南区及びその周辺地域	ファックス番号	082-846-6625

### (2) 事業所の窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日まで(祝日、8/13から8/15まで、12/29から1/3までを除く)
営業時間	9時30分から17時まで

### (3) 事業所の勤務体制

職種	業務内容	勤務形態・人数
管理者	・ 従業者と業務の管理を行います。 ・ 従業者に法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常勤 1名 (サービス提供責任者と兼務)
サービス提供責任者	・ 訪問介護計画書を作成し、利用者へ説明し、同意を得ます ・ サービス担当者会議への出席等により、相談支援事業者等との連携を図ります。 ・ 利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握します。 ・ 訪問介護員の業務状況を把握し、訪問介護員の業務管理を実施します。 ・ 訪問介護員に対する研修、技術指導を行います。	常勤 2名
訪問介護員	・ 訪問介護計画に基づき、障害福祉サービス等を行います。	非常勤 20名以上

## 3 サービス内容

身体介護	利用者の体に直接触れて介助するサービス、利用者の日常生活動作や生活の質、意欲の向上のための利用者と共にを行う自立支援・重度化防止のためのサービス、その他専門的知識・技術を持って行う利用者の日常生活上・社会生活上のためのサービスを行います。 (排泄介助、食事介助、清拭、入浴介助、体位変換、服薬介助、通院・外出介助など)
家事援助	家事を行うことが困難な場合に、利用者に対して、家事の援助を行います。 (調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受け取り、衣類の整理など)
通院等介助	通院等のための屋内外における移動等の介助又は受診等の手続、移動等の介助を行います。
移動支援	社会生活上で必要不可欠な外出や社会参加又は余暇活動のための外出を支援します。外出に伴う移動、排泄、食事等の介助やコミュニケーションの支援等を行います。

## 4 利用料、その他の費用の額

### (1) 利用料金

重要事項説明書別紙(利用料金及び加算)をご確認下さい。

※ 制度改定等により利用料金に変更があった場合には、その都度、変更内容を文書にてご説明いたします。

## (2) 交通費

### ア 訪問交通費

通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域にお住まいの方は、訪問介護員が訪問するための交通費の実費をご負担していただきます。なお自転車を使用した場合は、通常の事業の実施地域を超えた地点から1 kmあたり30 円、バイクを使用した場合は1 kmあたり15 円を請求いたします。

### イ 買い物交通費(買い物代行に係る交通費)

制度の範囲内で実施する買い物(代行)支援は無料です。制度の範囲を超える内容につきましては、別途自費サービスの契約にて対応いたします。

### ウ 通院、外出介助での交通費

訪問介護員の公共交通機関等の料金の実費を請求いたします。また、目的地で解散となった場合には、利用者宅までの公共交通機関等の料金の実費を請求いたします。

## (3) キャンセル料

原則として、キャンセル料はいただいておりません。しかしキャンセルの連絡がなくヘルパーが訪問した場合、直前まで連絡をいただけなかった場合には、キャンセル料として1回あたり1,000 円(税別)をいただく場合があります。

## (4) その他

利用者の居宅でのサービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気などの費用は利用者の負担となります。

## 5 利用者負担額、その他の費用の請求及び支払い方法

### (1) 請求方法

ア 利用者負担額、その他の費用は利用月ごとの合計金額により請求いたします。

イ 請求書は、利用月の翌月の15 日までに利用者あてにお届けします。

### (2) 支払い方法等

ア 請求月の末日までに下記のいずれかの方法でお支払い下さい。

- ・ 現金でのお支払い(集金にうかがいます)
- ・ 事業者が指定する口座への振り込み
- ・ 口座振替でのお支払い(毎月27 日)

イ お支払いを確認しましたら領収証をお渡しますので必ず保管して下さい(医療費控除の還付請求の際に必要となることがございます。)

## 6 秘密の保持

(1) 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、従業者である期間及び従業者でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を従業者の労働契約の内容としています。

(2) 利用者及びその家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いませぬ。

(3) 利用者又はその家族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・介護関係従業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

## 7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者の症状に急変が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに主治医の連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族、相談支援専門員等へ連絡をいたします。

緊急時連絡先:082-846-6620

対応時間:9 時 30 分から 17 時まで(営業時間外は転送電話にて対応いたします)

## 8 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、相談支援事業者等に連絡するとともに、必要な措

置を講じます。また、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、速やかに損害賠償いたします。なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	日新火災海上保険株式会社	保険名	総合賠償責任保険
-------	--------------	-----	----------

## 9 サービス提供に関する相談、苦情

### (1) 苦情処理の体制及び手順

- ア サービス提供に関する相談及び苦情を受けるための窓口を設置します。
- イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下の通りです。
  - ・ 苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行う。
  - ・ 管理者は、サービス提供責任者、訪問介護員等に事実関係の確認を行う。
  - ・ 相談担当者は、把握した状況をスタッフとともに検討を行い、時下の対応を決定する。
  - ・ 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行う(時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡する。)

### (2) 苦情相談窓口

担当	管理者 埜山 章	電話番号	082-846-6620
受付時間	9時30分から17時まで		
受付日	月曜日から金曜日まで(祝日、8/13から8/15まで、12/29から1/3までを除く)		

市町村及び国民健康保険連合会の苦情相談窓口等に苦情を伝えることができます。

広島市障害自立支援課	082-504-2841
広島県福祉サービス運営適正化委員会	082-254-3149

## 10 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無 有  無

## 11 サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下の通りです。

- (1) 訪問介護員はサービス提供の際、次の業務を行うことはできません。
  - ア 医療行為
  - イ 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書の預かりなど、金銭に関する取扱い
  - ウ 利用者以外の家族のためのサービス提供
  - エ 日常生活を営むのに支障がないもの(草むしり、花木の水やり、犬の散歩等)
  - オ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供(家具・電気器具等の移動等、大掃除等)
- (2) 従業員に対しての金品や飲食物などのお心遣いはご遠慮いたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できるだけ早めに担当の相談支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡下さい。
- (4) 利用時間内外問わず、従業員の車に同乗することはできません。
- (5) 利用者が留守の場合には、サービス提供はできません。
- (6) 利用予定に変更がある場合には、時間や曜日を振り替えて利用していただくことができますので遠慮なくお問い合わせ下さい。また、台風や大雪等の事情や訪問介護員の休暇等により、人員確保が難しい場合には、利用予定の変更等をご相談させて頂く場合がございますのであらかじめご了承下さい。

年 月 日

サービス提供開始にあたり、利用者に対して重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 広島市西区庚午南一丁目 32 番 34-310 号  
法人名 Ark Projects 合同会社  
代表者名 代表社員 埜山 章

説明者

事業所名 アーク訪問介護事業所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私は、事業者から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

利用者

住所 広島市安佐南区 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(代理人)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

重要事項説明書の変更に係る同意欄

説明日 20 年 月 日 説明方法 同意者 ( )

説明日 20 年 月 日 説明方法 同意者 ( )

説明日 20 年 月 日 説明方法 同意者 ( )

説明日 20 年 月 日 説明方法 同意者 ( )

説明日 20 年 月 日 説明方法 同意者 ( )

説明日 20 年 月 日 説明方法 同意者 ( )

説明日 20 年 月 日 説明方法 同意者 ( )