

「堺市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業」重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所とのサービス利用契約の締結を希望される方に対して、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説明するものです。

※ 本事業所では、利用者に対して「堺市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業」を提供します。当サービスの利用は、原則として堺市からの支給決定を受けた方が対象となります。

目次

1. 事業者.....	2
2. 事業所の概要.....	2
3. 事業実施地域.....	2
4. 営業時間.....	2
5. 職員の体制.....	3
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	3
7. サービスの利用に関する留意事項.....	4
8. サービス実施の記録について.....	5
9. 損害賠償保険への加入.....	5
10. 苦情等の受付について.....	6

(事業者名) ●●法人 ●●●●

(事業所名) ●●●●ヘルパーステーション

1. 事業者

名称	●●法人 ●●●●
所在地	●●県●●市●●区●●●●●
電話番号	●●●●－●●●●－●●●●●
代表者氏名	●●長 ●●●●●
設立年月	昭和●●年●●月●●日

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定居宅介護事業所（平成●●年●●月●●日指定●●県●●号）
主たる対象者	身体障害者、知的障害者、障害児、精神障害者
事業の目的	
事業所の名称	●●●●ヘルパーステーション
事業所の所在地	●●県●●市●●区●●●●●
電話番号	●●●●－●●●●－●●●●●
管理者氏名	（職名） ●●●●● （専任・兼任）
事業所の運営方針について	
開設年月	平成●●年●●月●●日
事業所が行なっている他の業務	指定訪問介護（平成●●年●●月●●日指定●●県●●号） 地域活動支援センターの受託経営

3. 事業実施地域

●●県●●市●●区全域

4. 営業時間

営業日	年中無休
受付時間	月～金 ●●時～●●時、 土・日・祝日 ●●時～●●時
サービス提供時間帯	月～金 ●●時～●●時、 土・日・祝日 ●●時～●●時

5. 職員の体制

〈主な職員の配置状況〉 ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤	非常勤	常勤換算 (※)	指定基準	職務の内容
1. 事業所長（管理者）				名	
2. サービス提供責任者				名	
3. 居宅介護従事者（ホームヘルパー）				名	
(1)介護福祉士					
(2)訪問介護養成研修1級 （ヘルパー1級）課程修了者					
(3)訪問介護養成研修2級 （ヘルパー2級）課程修了者					
(4)訪問介護養成研修3級 （ヘルパー3級）課程修了者					

当事業所では、利用者に対して指定訪問介護、指定居宅介護、移動支援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： 職員それぞれの週あたりの勤務延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40時間）で除した数です。（例）週8時間勤務の職員が5名いる場合、常勤換算では、1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

（1）サービス内容（契約書第3条参照）

利用者が医療機関に入院した場合において、当該医療機関の許可を得て、普段ご利用のホームヘルパー又はガイドヘルパーを「コミュニケーション支援員」として当該医療機関に派遣し、医療従事者との意思疎通の仲介を行います。

※ 意思疎通以外の介護等については含まれません。（下記参照）

※ 精神科への入院の場合は対象外となります。

【参考】コミュニケーション支援員の業務に含まれないもの（例）

- ① 注射、点滴、消毒等の処置に対して本人が抵抗する場合の抑止
- ② 離床しようとする、点滴を抜こうとする等の行為がある場合の抑止
- ③ 食事介助、トイレ介助、更衣介助、清拭介助等の身体介護
- ④ 院内の移動における、支える、車椅子を押すなどの介助
- ⑤ 緊急手術となった場合の同意や転院の同意等、本人の代わりに意思決定を行うこと

（2）サービス利用にかかる実費負担額（契約書第4条参照）

通常の事業実施地域以外の地区への派遣となる場合は、当該派遣のための交通費をいただきます。（1ヶ月ごとにお支払いいただきます。）

(3) 実費負担額のお支払い方法（契約書第4条参照）

実費負担額は1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月●●日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 窓口での現金支払
イ. 下記指定口座への振り込み
●●銀行 ●●支店 普通預金●●●●●●
●●信用金庫 ●●支店 普通預金●●●●●●
郵便振替●●●●●●●●
ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし
ご利用できる金融機関： ●●銀行、●●信用金庫

(4) 実費負担額（交通費等）の変更（契約書第4条参照）

実費負担額を変更する場合は、原則としてその2か月前までにご説明します。

(5) 利用の中止、変更（契約書第5条参照）

- ① 利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合には利用予定日の前日●●時●●分までに事業者へ申し出て下さい。
- 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。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	●●●●円

- ③ サービス利用の変更は、コミュニケーション支援員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など必要な調整をいたします。

7. サービスの利用に関する留意事項

(1) コミュニケーション支援員について

- ① 派遣することのできるコミュニケーション支援員は、ホームヘルパー又はガイドヘルパーとして利用者への支援実績がある者に限られます。
- ② サービス提供時に、担当のコミュニケーション支援員を決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数のコミュニケーション支援員が交替してサービスを提供することがあります。担当のコミュニケーション支援員やサービスを提供するコミュニケーション支援員が交替する場合は、予め利用者に説明するとともに、利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。
- ③ 利用者から特定のコミュニケーション支援員を指名することはできませんが、コミュニケーション支援員についてお気づきの点やご要望がありましたら、お客様相談窓口等にご遠慮なく相談ください。

(2) サービス提供について

サービス提供に関する指示・命令はすべて事業者が行います。ただし、実際の提供にあたっては、利用者の状況・事情・意向等について十分に配慮します。

(3) 支給決定通知書の確認

住所など「支給決定通知書」の記載内容に変更があった場合は、速やかにコミュニケーション支援員にお知らせください。また、担当コミュニケーション支援員やサービス提供責任者が「支給決定通知書」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

(4) コミュニケーション支援員の禁止行為

コミュニケーション支援員は、サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 意思疎通以外の介護等（上記6（1）参照）② 医療行為③ 利用者又はその家族等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり④ 利用者又はその家族等からの金銭又は物品、飲食の授受⑤ 利用者の家族等に対するサービスの提供⑥ 飲酒・喫煙及び飲食 |
|---|

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（契約書第7条参照）

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などを記録し、利用者にご確認ください。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、サービス提供ごとの記録は、サービス提供日より5年間保存します。

(2) 利用者の記録や情報の管理、開示について（契約書第7条参照）

利用者の記録や情報については適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。（開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります。）

9. 損害賠償保険への加入（契約書第8条参照）

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名

保険名

補償の概要

10. 苦情等の受付について（契約書第13条参照）

（1）当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談（お客様相談係）

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

- ① お客様相談係＜苦情受付窓口（担当者）＞ [職名] ●● ●●●●●●
 ② 受付時間 毎週●曜日～●曜日 ●●：●●～●●：●●
 ＜苦情解決責任者 [職名] ●● ●●●●●●＞

（2）第三者委員

本事業所では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、本事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

＜第三者委員＞

名前	連絡先

（3）行政機関

名称	所在地	連絡先
堺市堺区役所 地域福祉課	堺市堺区南瓦町3-1	電話 072-228-7477 FAX 072-228-7870
堺市中区役所 地域福祉課	堺市中区深井沢町 2470-7	電話 072-270-8195 FAX 072-270-8103
堺市東区役所 地域福祉課	堺市東区日置荘原寺町 195-1	電話 072-287-8112 FAX 072-287-8117
堺市西区役所 地域福祉課	堺市西区鳳東町 6-600	電話 072-275-1912 FAX 072-275-1919
堺市南区役所 地域福祉課	堺市南区桃山台 1-1-1	電話 072-290-1812 FAX 072-290-1818
堺市北区役所 地域福祉課	堺市北区新金岡町 5-1-4	電話 072-258-6771 FAX 072-258-6836
堺市美原区役所 地域福祉課	堺市美原区黒山 167-1	電話 072-363-9316 FAX 072-362-0767
堺市堺区役所 堺保健センター	堺市堺区甲斐町東 3-1-13-200	電話 072-238-0123 FAX 072-227-1593
堺市中区役所 中保健センター	堺市中区深井沢町 2470-7	電話 072-270-8100 FAX 072-270-8104
堺市東区役所 東保健センター	堺市東区日置荘原寺町 195-1	電話 072-287-8120 FAX 072-287-8130
堺市西区役所 西保健センター	堺市西区鳳南町 4-444-1	電話 072-271-2012 FAX 072-273-3646
堺市南区役所 南保健センター	堺市南区竹城台 1-6-1	電話 072-293-1222 FAX 072-296-2822
堺市北区役所 北保健センター	堺市北区新金岡町 5-1-4	電話 072-258-6600 FAX 072-258-6614

平成 年 月 日

堺市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業によるサービス提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

管理者 氏名

説明者 職名

氏名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、堺市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業によるサービス提供の開始に同意しました。

利用者 住所

氏名

印