

障害福祉サービス重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人永好会
主たる事務所の所在地	愛西市大井町七川北33
代表者（職名・氏名）	理事長 加賀克宏
電話番号	TEL 0567-31-0036

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	すまいるヘルパーステーション	
サービスの種類	居宅介護	
事業所の所在地	愛西市大井町七川北61	
電話番号	TEL 0567-33-1003	
指定年月日・事業所番号	令和4年5月1日	2310700386
管理者の氏名	長友 梨絵	
通常の事業の実施地域	愛西市、津島市、弥富市、蟹江町	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	身体障害者に対し、適正な居宅介護を提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、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、障害者総合支援法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたった適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

あなたのご家庭に訪問し身体介護、家事援助、通院等介助のサービスを提供します。
具体的には、サービスの内容により、以下の区分に分けられます。

① 身体介護	利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助や専門的な援助を行います。 例) 起床介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭(せいしき)、入浴介助、体位交換、服薬介助など
--------	--

② 家事援助	家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。 例) 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など
③ 通院等の 介助	通院や外出のため、訪問介護員等が車両への乗車又は降車の介助とあわせて、乗車前もしくは降車後の屋内外における移動等の介助や、通院先もしくは外出先での受診等の手続きや移動等の介助を行います。

5. 営業日時

営業日	<u>年中無休</u>
営業時間	<u>午前6時から午後8時まで</u> ただし、利用者の希望に応じて、24時間相談対応可能な体制を整えるものとします。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	常勤1名（兼務）
サービス提供責任者	常勤兼務 1名
訪問介護員	非常勤専従 16名

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

サービス提供責任者の氏名	長友 梨絵
--------------	-------

8. 利用料

- ・利用者負担上限月額が決められておりますので、受給者証をご確認ください。
- ・事業所の実施地域を越える地点から、片道1キロメートルを超えるごとに 100円

(1) 居宅介護サービスの利用料

【基本部分】

サービスの内容 1 回あたりの所要時間		単位数	
身体介護	日中 30 分未満	256 単位	
	日中 30 分以上 1 時間未満	404 単位	
	日中 1 時間以上 1 時間 30 分未満	587 単位	
通院等介助（身体介護を伴う場合）		日中 30 分未満 256 単位	
通院等介助（身体介護を伴う場合）		日中 30 分以上 1 時間未満 404 単位	
通院等介助（身体介護なし）		日中 30 分未満 106 単位	
通院等介助（身体介護なし）		日中 45 分以上 1 時間未満 197 単位	
生活援助	日中 30 分未満	106 単位	
	日中 30 分以上 45 分未満	153 単位	
	日中 45 分以上 60 分未満	197 単位	

地域区分「6 級地」総利用単位数に 10.36 を乗じた額がサービス利用料の総額となります。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	単位数		
福祉・介護職員等 処遇改善加算Ⅰ	所定単位数に 41.7% 加算		
特定事業所加算Ⅱ	所定単位数に 10% 加算		
初回加算	200 単位		

(2) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	利用者負担金の50%の額
利用予定日の当日	利用者負担金の100%の額

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

(3) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の28日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 銀行 支店 普通口座
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の20日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 大垣共立銀行 蟹江支店 普通口座 126737 (口座名) 医療法人 永好会
現金払い	サービスを利用した月の翌月の20日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。

9. 緊急時における対応方法(対応方針)

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかにサービス提供責任者、管理者等と連携し、下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先① (家族等)	氏名(利用者との続柄) 電話番号	
緊急連絡先② (家族等)	氏名(利用者との続柄) 電話番号	
希望する 搬送先病院	病院名 電話番号	
居宅介護支援 事業所	ケアマネージャー 連絡先	
対応可能時間	すまいるヘルパー ステーション	8時30分～17時30分(年中無休)

10. 事故発生時の対応

障害福祉サービス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、利用に係るサービス計画支援事業者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置について記録するものとします。

11. 損害賠償について

ご利用者に対するサービスの提供にあたって事故が発生し、自己の帰すべく事由により、ご利用者の生命、身体、財産に損害が生じた場合は、その責任の範囲において利用者に対しての損害を賠償します。

当該事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
保険の概要	対人・対物賠償責任

12. 虐待防止に関して

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定及び設置（管理者）
- ② 成年後見制度の利用支援
- ③ 苦情解決体制の整備
- ④ 虐待の防止のための定期的な研修の実施
- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等利用者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

13. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	窓口担当者（長友 梨絵）	解決責任者（長友 梨絵）
	面接場所 当事業所の相談室	電話番号 0567-33-1003

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	愛西市役所 社会福祉課	電話番号 0567-55-7115
	愛知県国民健康保険団体連合会	電話番号 052-971-4165
	愛知県運営適正化委員会	電話番号 052-212-5515

14. 第三者による評価の実施状況

① あり ② なし

<ありの場合>

実施日： 年 月 日 評価機関名称：

結果の開示： ① あり ② なし

15. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

- ① 医療行為及び医療補助行為
- ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い

(2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

(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、できる限り早めに担当の介護支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡ください。

(4) 受給者証の確認

受給者証の記載内容に変更があった場合は、すみやかに訪問介護員にお知らせください。また、訪問介護員が受給者証の確認をさせていただく場合には、ご提示をお願いすることもあります。

16. 災害時等によるサービスの変更・中止について

天候不順（降雪、台風等）または災害、感染症等によりサービスの実施、継続が困難な場合は訪問を中止、または変更させていただくことがあります。

その場合は、利用者及びその家族に対してサービス利用上の不利益が生じないよう関係機関とも連携を図るなどの措置を講じます。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	所在地	愛知県愛西市大井町七川北 61 番地
	事業者（法人）名	医療法人 永好会
	代表者職・氏名	理事長 加賀 克宏
	説明者職・氏名	管理者 兼 サービス提供責任者 長友 梨絵

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者 住 所

氏 名

家族代表（又は法定代理人）

住 所

本人との続柄

氏 名

訪問介護契約書（別添 重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人永好会
主たる事務所の所在地	愛西市大井町七川北33
代表者（職名・氏名）	理事長 加賀克宏
電話番号	TEL 0567-31-0036

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	すまいるヘルパーステーション	
サービスの種類	訪問介護	
事業所の所在地	愛西市大井町七川北61	
電話番号	TEL 0567-33-1003	
指定年月日・事業所番号	平成29年 4月 1日指定	2 3 7 7 2 0 0 7 2 6
管理者の氏名	長友 梨絵（サービス提供責任者兼務）	
通常の事業の実施地域	愛西市、津島市、弥富市、蟹江町	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

訪問介護は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排せつや食事等の介助、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世話をを行うサービスです。
具体的には、サービスの内容により、以下の区分に分けられます。

① 身体介護	利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助や専門的な援助を行います。 例) 起床介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭(せいしき)、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助など
② 生活援助	家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。 例) 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など

5. 営業日時

営業日	<u>年中無休</u>
営業時間	<u>午前6時から午後8時まで</u> ただし、24時間相談対応可能な体制を整えるものとします。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
介護福祉士	常勤 5人、 非常勤 4人
介護職員初任者研修課程 修了者	常勤 0人、 非常勤 4人

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

サービス提供責任者の氏名	長友 梨絵（管理者兼務）、村瀬 優子
--------------	--------------------

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割または3割の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。又、介護報酬告示額に地域区分毎の加算（1単位＝10.42円）をかけて計算した金額がご負担額になります。

事業所の実施地域を越える地点から、片道1キロメートルを超えるごとに100円のご負担となります。

(1) 訪問介護の利用料

【基本部分】

サービスの内容 1回あたりの所要時間		基本利用料 ※(注1) 参照	利用者負担金 (自己負担1割の場合) (=基本利用料の1割) ※(注2) 参照
身体介護 中心型	20分未満	1,630円	163円
	20分以上30分未満	2,440円	244円
	30分以上1時間未満	3,870円	387円
	1時間以上	567単位に30分増すごとに 820円を加算	567単位に30分増すごとに 82円を加算
生活援助 中心型	20分未満		
	20分以上45分未満	1,790円	179円
	45分以上	2,200円	220円

(注1) 「身体介護中心型」及び「生活援助中心型」において、利用者の同意を得て、同時に2人の訪問介護員等がサービス提供した場合は、上記基本利用料の2倍の額となります。

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金 (自己負担1割の場合)
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合 (1月につき)	2,000円	200円
生活機能向上連携 加算1	指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定訪問リハビリテーション又は指定通所リハビリテーションの一環として利用者の居宅を訪問する際に、サービス提供責任者が同行する等により、共同して利用者の心身の状況等を評価した上で生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成し、サービス提供した場合(1月につき100単位)		
緊急時訪問 介護加算	利用者や家族等からの要請を受け、緊急にサービスを提供した場合(1回につき)	1,000円	100円

夜間・早朝、 深夜加算	夜間（１８時～２２時）又は早朝（６時～８時）にサービス提供する場合	上記基本部分の２５％
	深夜（２２時～翌朝６時）にサービス提供する場合	上記基本部分の５０％
特定事業所加算Ⅱ	当該加算の算定要件を満たす場合	所定単位数の１０％
介護職員処遇改善 加算Ⅰ ※	当該加算の算定要件を満たす場合	1月の利用料金の24.5%（基本 料金＋各種加算減算）
介護職員処遇改善 加算Ⅱ ※		1月の利用料金の22.4%（基本 料金＋各種加算減算）
介護職員処遇改善 加算Ⅲ ※		1月の利用料金の18.2%（基本 料金＋各種加算減算）
介護職員処遇改善 加算Ⅳ ※		月の利用料金の14.5%（基本 料金＋各種加算減算）

（注）※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
事業所と同一建物に 居住する利用者等へ のサービス提供減算	以下のいずれかの利用者にサービスを行う場合 ・事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内の 建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料 老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限 る。）に居住する利用者 ・事業所と同一の建物に居住する利用者 ・一月当たりの利用者が20人以上居住する建物 の利用者	※上記基本部分の１０％

※印については区分支給限度基準額を計算する際には減算前の単位数を用いることとなります。

（３）キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	利用者負担金の５０％の額
利用予定日の当日	利用者負担金の１００％の額

（注）利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

(4) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の28日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 銀行 支店 普通口座
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の20日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 大垣共立銀行 蟹江支店 普通口座 126737 (口座名) 医療法人 永好会
現金払い	サービスを利用した月の翌月の20日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。

9. 緊急時における対応方法(対応方針)

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかにサービス提供責任者、管理者等と連携し、下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先① (家族等)	氏名(利用者との続柄) 電話番号	
緊急連絡先② (家族等)	氏名(利用者との続柄) 電話番号	() — —
希望する 搬送先病院	病院名 電話番号	
居宅介護支援 事業所	ケアマネジャー 連絡先	
対応可能時間	すまいるヘルパー ステーション	8時30分～17時30分(年中無休)

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、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)及び市町村等へ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置について記録するものとします。

1 1. 損害賠償について

ご利用者に対する介護サービスの提供にあたって事故が発生し、自己の責に帰すべく事由により、ご利用者の生命、身体、財産に損害が生じた場合は、その責任の範囲において利用者に対してその損害を賠償します。

当該事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 あいおいニッセイ同和損害保険
保険名 介護保険・社会福祉事業者総合保険
保険の概要 対人・対物賠償責任

1 2. 虐待防止に関して

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定及び設置（管理者）
- ② 成年後見制度の利用支援
- ③ 苦情解決体制の整備
- ④ 虐待の防止のための定期的な研修の実施
- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は利用者（利用者の家族等利用者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

1 3. 苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	窓口担当者（長友 梨絵、村瀬 優子） 解決責任者（長友 梨絵） 面接場所 当事業所の相談室 電話番号 ０５６７－３３－１００３
---------	---

（２）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	愛西市 高齢福祉課 介護保険係	電話番号 ０５６７－５５－７１１６
	愛知県国民健康保険団体連合会	電話番号 ０５２－９７１－４１６５
	津島市役所健康福祉部高齢介護課	電話番号 ０５６７－２４－１１１１
	弥富市役所 介護高齢課	電話番号 ０５６７－６５－１１１１
	蟹江町役場 高齢介護課	電話番号 ０５６７－９５－１１１１

1 4. 第三者による評価の実施状況

- ① あり ② なし

<ありの場合>

実施日： 年 月 日

評価機関名称： 結果の開示： ① あり ② なし

15. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。
 - ① 医療行為及び医療補助行為
 - ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
- (2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (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、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	所在地	愛知県愛西市大井町七川北 61 番地
	事業者（法人）名	医療法人 永好会
	代表者職・氏名	理事長 加賀 克宏
	説明者職	管理者 兼 サービス提供責任者
	氏名	長友 梨絵

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者 住 所

氏 名

家族代表（又は法定代理人）

住 所

本人との続柄

氏 名