

居宅介護等サービス 重要事項説明書

〈 令和4年7月1日 現在 〉

つばさ在宅 訪問介護センター

※当重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第76条に基づき、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説明するものです。

※当事業所では、利用者様に対して障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「障害者総合支援法」という）に基づく「居宅介護等サービス」を提供します。当サービスの利用は、原則として介護給付費の支給決定を受けた方が対象となります。

1. 当社の概要

名 称	医療法人社団 白羽会
代表者職氏名	理事長 永島 徳人
所在地	千葉県船橋市駿河台 1-33-8 コンフィデンス駿河台 2 階 201 号室
連絡先	047-411-1666
設立年月	平成 24 年 12 月 26 日

2. 事業所の概要

指定番号	居宅介護（身体介護・家事援助）、重度訪問介護 事業所番号 1212802423	
事業の目的	医療法人社団白羽会が設置する、つばさ在宅 訪問介護センター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及び重度訪問介護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、居宅介護及び重度訪問介護（以下「居宅介護等」という。）の円滑な運営管理を図るとともに、利用者、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居宅介護等の提供を確保することを目的とする。	
名 称	つばさ在宅 訪問介護センター	
所在地	千葉県船橋市芝山 3-10-5 つばさの社内	
連絡先	TEL	047-404-7147
	FAX	047-401-2016
管理者氏名	桑原 大輔	
運営方針	1 事業所のホームヘルパーは、利用者等の人格と人生観を尊重し、心身の状態や状況、その置かれている環境等に応じて、その有する能力を活かした自立的生活ができるよう、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、生活等に関する相談及び助言等、その他の日常生活全般にわたる援助を行う。 2 事業の実施に際しては、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、指定一般相談支援事業者、指定特定相談支援事業者、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。	
開設年月日	平成 31 年 4 月 1 日	
事業実施地域	船橋市	

3. 営業時間

営業日	月曜日～金曜日。（但し、祝日、12月30日～1月3日を除く。）
営業時間	9：00～18：00
サービス提供時間	24時間
サービス提供日	年中無休

4. 職員の体制

職 種		常 勤	非常勤	合 計	職務内容
管 理 者		1名		1名	業務、従業者の管理
サ ー ビ ス 提 供 責 任 者	介護福祉士	5名	名	6名	利用申込みに係る調整 従業者に対する技術指導 居宅介護等計画の作成 指定居宅介護等の提供…等
	実務者研修	1名	名		
ホ ー ム ヘ ル パ ー	介護福祉士	15名	1名	16名	指定居宅介護等の提供
	実務者研修	名	2名	2名	
	1級課程修了者	名	名	名	
	2級課程修了者	1名	名	1名	
	初任者研修修了者	名	名	名	
	准看護師	名	名	名	
	精神障害者ホームヘルプ講習修了者	名	名	名	
視覚障害者ガイドヘルパー		名	名	名	
全身性障害者ガイドヘルパー		名	名	名	

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 「居宅介護等計画」とサービス内容

当事業所では、次のサービス内容から定めてサービスの提供をします。

「居宅介護等計画」は、市町村が決定した「支給量」と利用者様の意向や心身の状況を踏まえて、具体的なサービス内容や利用者様に対するサービス実施日などを記載しています。「居宅介護等計画」は、利用者様やご家族に事前に説明し、同意をいただくとともに、利用者様の申し出により、いつでも見直すことができます。

【 サービス内容 】

提供サービス	区 分		サービス内容
■	居宅介護	身体介護	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食事の介護 ・ 排泄の介護 ・ 衣類着脱の介護 ・ 入浴の介護 ・ 身体の清拭、洗髪 ・ 身体介護を伴う通院等の介助（ホームヘルパーが自動車を運転して実施する通院等の介助を除きます。） ・ その他必要な身体の介護
		生活援助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 調理 ・ 衣類の洗濯、補修 ・ 住居等の掃除、整理整頓 ・ 生活必需品の買い物 ・ 身体介護を伴わない通院等の介助（ホームヘルパーが自動車を運転して実施する通院等の介助を除きます。） ・ 関係機関との連絡 ・ その他必要な生活の援助

■	重度訪問介護	居宅における日常生活支援（身体介護、家事援助、見守り等）及び外出時における移動の介護等、総合的な介護 （※重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する方であって常時介護を要する利用者様が対象です。）
---	--------	---

（２） 利用料金

基本利用料金のうち、通常９割が介護給付費の給付対象となります。
事業者が介護給付費を代理受領する場合には、利用者様は、利用者負担分として、基本利用料金の１割（定率負担）を事業者にお支払いいただきます。
利用者負担額は、市町村が上限を定めています。そのため、これらのサービスのご利用状況により、月々の利用者負担額は変わることがあります。
当事業所が代理受領を行った場合は、利用者様に通知します。
なお、定率負担または利用者負担額の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。障害福祉サービス受給者証をご確認下さい。

利用料は、（別紙）料金表 のとおりです。

（３） 償還払い

事業者が介護給付費額の代理受領を行わない場合は、介護給付費基準額の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、利用者様に「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」を添えてお住まいの市町村に申請すると介護給付費が支給されます。）

（４） サービス利用にかかる実費負担額

サービス提供に要する下記の費用は、介護給付費支給の対象ではありませんので、実費をお支払いいただきます。

交通費	通常の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方が、当事業所のサービスを利用される場合の交通費 ・ホームヘルパーが訪問するための、通常の事業の実施地域を越えたその交通費の実費。 ・ただし、自動車を利用した場合は、通常の事業の実施地域を越えた地点から1kmごとに50円を実費としていただくことがあります。
その他	・通院等の介助や移動の介護のサービスにおいて、ホームヘルパーに公共交通機関などの交通費のほか、入場料、利用料等が必要な場合、その実費をいただきます。 ※この費用については、サービスご利用時にその都度お支払いいただきます。 サービス提供のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。

6. お支払い方法

利用料金のお支払いは、毎月20日頃に前月分の請求を致しますので、月末までにお支払い下さい。ただし、1ヶ月に満たない期間のサービスの場合は、利用状況に基づいて計算した金額とします。

お支払方法は、振り込みまたは口座振込にてお願い致します。

お支払い後は、領収証を発行します。

振込先口座	銀行名	千葉銀行 船橋北口支店
	口座番号	普通 3852427
	名義	医療法人社団 白羽会 理事長 永島 徳人

7. サービスのご利用方法

(1) 利用中止・変更・追加などのお申し出

原則として、サービスの実施日の24時間前までに事業者にお申し出ください。

訪問時に、利用者様の体調等の理由で居宅介護等計画を予定されていたサービスの実施ができない場合等には、利用者様の同意を得て、サービス内容の変更をします。(その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。)

(2) サービスの変更・追加などの調整

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様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様に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

(3) キャンセル料

利用予定日に対して急な利用中止のお申し出をされた場合、キャンセル料として次の料金をお支払い頂く場合があります。

利用予定日の24時間前迄にご連絡いただいた場合	無	料
利用予定日の12時間前迄にご連絡いただいた場合	当該基本料金の額の	50%
利用予定日の12時間前迄にご連絡がなかった場合	当該基本料金の額の	100%

ただし、利用者様の体調不良等、緊急かつやむを得ない場合、キャンセル料はいただきません。

(3) サービスの終了

① 利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出下さい。

② 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了致します。

* 利用者様が入所施設等に入所された場合

* 支給決定を受けられなかった場合(※この場合、条件を変更して再度契約することができません。)

* 利用者様がお亡くなりになった場合

③ その他

* 当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者様やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合には、利用者様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

* 利用者様が、サービス利用料金のお支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず期日までにお支払いがない場合、または利用者様やご家族などが当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、当社は文書で通知することにより、サービスを終了させていただく場合がございます。

8. サービス利用に関する留意事項

(1) ホームヘルパーについて

① サービス提供に際しては、担当のホームヘルパーを決定します。

ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数のホームヘルパーが交替してサービスを提供します。担当のホームヘルパーや訪問するホームヘルパーが交替する場合は、予め利用者様に説明するとともに、利用者様及びそのご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。

② 利用者様から特定のホームヘルパーを指名することはできませんが、ホームヘルパーについてお気づきの点やご要望がありましたら、利用者様相談窓口等にご遠慮なく相談ください。

(2) 受給者証の確認

「住所」及び「利用者負担額」、「支給量」など「受給者証」の記載内容の変更があった場合は、速やかにホームヘルパーにお知らせください。

また、担当ホームヘルパーやサービス提供責任者が「受給者証」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。

9. 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

当事業所では、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などを記録し、利用者様にその内容のご確認をいただきます。

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、居宅介護等計画及びサービス提供ごとの記録は、サービス提供完了日より5年間保存します。

(2) 利用者様の記録や情報の管理、開示について

当事業所では、関係法令に基づいて、利用者様の記録や情報を適切に管理し、利用者様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、利用者様のご負担となります。)

10. 緊急時及び事故発生時の対応

サービス提供中に容体の変化等があった場合や事故等が発生した場合には、速やかに主治医、当該利用者のご家族等へ連絡を致します。また、事故等が発生した場合には、市町村(保険者)等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

主治医	名 称		主治医氏名	
	住 所			
	電話番号			
緊急連絡先 家族(親族)	氏 名		続柄	
	住 所			
	電話番号			
相談支援事業者	名 称			
	住 所			
	電話番号			
保険者	名 称			
	住 所			
	電話番号			

11. 損害賠償保険への加入

当社は下記のとおり損害賠償保険に加入しております。利用者様に対するサービス提供により賠償すべき事故等が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

保険会社名	損害保険ジャパン日本興亜株式会社
証券番号	3463132461

1 2. 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者は、利用者等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「福祉事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

- ・事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）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なく、第三者に漏らしません。
- ・また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ・事業者は、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、従業者である期間及び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、従業者との雇用契約の内容とします。

(2) 個人情報の保護について

- ・事業者は、利用者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で使用する等、他の障害福祉サービス事業者等に、利用者の個人情報を提供しません。また、利用者の家族の個人情報についても、当該利用者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で使用する等、他の福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。
- ・事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- ・事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者様の負担となります。）

1 3. 苦情等の受付について

(1) 当事業所の苦情受付及びサービス利用等のご相談

つばさ在宅 訪問介護センター (利用者様相談窓口)	所在地	千葉県船橋市芝山 3-10-5 つばさの社内
	TEL	047-404-7147
	FAX	047-401-2016
	受付時間	月曜日～金曜日 9:00～18:00 (但し、祝日及び、12/30～1/3を除く)
	担当者	桑原 大輔 (管理者)

(2) 行政機関その他苦情受付機関

窓 口	連 絡 先 等	
船橋市指導監査課 障害福祉担当	住所	〒273-0011 船橋市湊町 2-8-11
	電話番号	047-436-2425
	FAX番号	047-436-2139

1 4. 虐待の防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる通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しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 桑原 大輔
-------------	-----------

- (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防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

15. 第三者による評価の実施状況等

第三者による評価 の実施状況	1. あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1. あり 2. なし
	2. なし		

◆重要事項の説明

(居宅介護等サービスの提供の開始に際し、書面を交付の上、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。)

令和 年 月 日

事業者 住所 千葉県船橋市駿河台 1-33-8 コンフィデンス駿河台 2 階 201 号室

事業者名 医療法人社団 白羽会

代表者名 理事長 永島 徳人 印

事業所 住所 千葉県船橋市芝山 3-10-5 つばさの杜内

事業所名 つばさ在宅 訪問介護センター

説明担当者 職名

氏名 印

◆重要事項の説明を受けた人

(私は、契約書および本書面により、事業者から居宅介護等サービスについての重要事項の説明を
受け、サービス提供に同意します。)

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 印

電話

上記代理人 住所

氏名 印

電話

利用者家族 住所

続柄 ()

氏名 印

電話

利用者家族 住所

続柄 ()

氏名 印

電話

【サービス基本料金】

地域区分：4級地（10.72）

区分	1回あたりの所要時間	単位数	基本利用料金	利用者負担額	
居宅介護	身体介護	30分未満	249 単位	2,669 円	266 円
		30分以上1時間未満	393 単位	4,212 円	421 円
		1時間以上1時間30分未満	571 単位	6,121 円	612 円
		1時間30分以上2時間未満	652 単位	6,989 円	698 円
		2時間以上2時間30分未満	734 単位	7,868 円	786 円
		2時間30分以上3時間未満	815 単位	8,736 円	873 円
		3時間以上	896単位に 30分を増すごとに 81単位を加算	9,605円に 30分を増すごとに 868円を加算	960円に 30分を増すごとに 86円を加算
	(身体を伴う) 通院等介助	30分未満	249 単位	2,669 円	266 円
		30分以上1時間未満	393 単位	4,212 円	421 円
		1時間以上1時間30分未満	571 単位	6,121 円	612 円
		1時間30分以上2時間未満	652 単位	6,989 円	698 円
		2時間以上2時間30分未満	734 単位	7,868 円	786 円
		2時間30分以上3時間未満	815 単位	8,736 円	873 円
		3時間以上	896単位に 30分を増すごとに 81単位を加算	9,605円に 30分を増すごとに 868円を加算	960円に 30分を増すごとに 86円を加算
	家事援助	30分未満	102 単位	1,093 円	109 円
		30分以上45分未満	148 単位	1,586 円	158 円
		45分以上1時間未満	191 単位	2,047 円	204 円
		1時間以上1時間15分未満	232 単位	2,496 円	249 円
		1時間15分以上1時間30分未満	268 単位	2,872 円	287 円
		1時間30分以上	302単位に 15分を増すごとに34 単位を加算	3,237円に 15分を増すごとに 364円を加算	323円に 15分を増すごとに 36円を加算
	(身体を伴わない) 通院等介助	30分未満	102 単位	1,093 円	109 円
30分以上1時間未満		191 単位	2,047 円	204 円	
1時間以上1時間30分未満		268 単位	2,872 円	287 円	
1時間30分以上		336単位に 30分を増すごとに68 単位を加算	3,601円に 30分を増すごとに 728円を加算	360円に 30分を増すごとに 72円を加算	

度 訪 問 介 護	1時間未満	184 単位	1,972 円	197 円
	1時間以上1時間30分未満	274 単位	2,937 円	293 円
	1時間30分以上2時間未満	366 単位	3,923 円	392 円
	2時間以上2時間30分未満	457 単位	4,899 円	489 円
	2時間30分以上3時間未満	549 単位	5,885 円	588 円
	3時間以上3時間30分未満	639 単位	6,850 円	685 円
	3時間30分以上4時間未満	731 単位	7,836 円	783 円
	4時間以上8時間未満	816単位に 30分を増すごとに 85単位を加算	8,747円に 30分を増すごとに 911円を加算	874円に 30分を増すごとに 91円を加算
	8時間以上12時間未満	1,496単位に 30分を増すごとに 85単位を加算	16,037円に 30分を増すごとに 911円を加算	1,603円に 30分を増すごとに 91円を加算
	12時間以上16時間未満	2,171単位に 30分を増すごとに 80単位を加算	23,273円に 30分を増すごとに 857円を加算	2,327円に 30分を増すごとに 85円を加算
	16時間以上20時間未満	2,817単位に 30分を増すごとに 86単位を加算	30,198円に 30分を増すごとに 921円を加算	3,019円に 30分を増すごとに 92円を加算
20時間以上24時間未満	3,499単位に 30分を増すごとに 80単位を加算	37,509円に 30分を増すごとに 857円を加算	3,750円に 30分を増すごとに 85円を加算	

※上記の料金設定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、ご利用者の居宅介護計画等に位置づけた時間数を基準とします。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。

※上記単位数に対して、早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）帯は25%増し、深夜（午後10時～午前6時）は50%増しとなります。

※やむを得ない事情で、かつ利用者様の同意のもと、従業者2人で訪問した場合は2人分の料金となり、利用者負担額も2倍になります。

※障害支援区分6の利用者に対し、新規採用したヘルパーにより支援が行われる場合において、熟練したヘルパーが同行して支援を行った場合は、それぞれのヘルパーが行う重度訪問介護につき、所定単位数の100分の85を算定します。

※重度訪問介護サービス費について、重度障がい者等包括支援の対象となる心身の状態にあれば、基本単位数に15%、障がい支援区分6に該当されれば、8.5%が加算されます。

【加算料金】

加算の種類	単位数	基本利用料金	利用者負担額
初回加算	200単位/月	2,144円/月	214円/月

緊急時対応加算		100単位／回 (月2回限度)	1,072円／回 (月2回限度)	107円／回 (月2回限度)
【重度訪問介護】 移動介護加算	1時間未満	100単位	1,072円	107円
	1時間以上1時間30分未満	125単位	1,340円	134円
	1時間30分以上2時間未満	150単位	1,608円	160円
	2時間以上2時間30分未満	175単位	1,876円	187円
	2時間30分以上3時間未満	200単位	2,144円	214円
	3時間以上	250単位	2,680円	268円
福祉・介護職員処遇改善加算 I		<p>上記基本料金及び加算料金に福祉・介護職員処遇改善加算 I が加算されます。</p> <p>総単位数(基本サービス費＋各種加算減算)×サービス別加算率(居宅介護：30.3%、重度訪問介護：19.2%、同行援護：30.3%)<1単位未満の端数四捨五入>×1単位の単価(10.72円)</p> <p>なお、福祉・介護職員処遇改善加算の利用者負担額(1割)は、上記額×0.1(1円未満切り捨て)です。</p>		

*利用者負担額(1割)の算出方法

基本料金及び加算・減算料金の1ヶ月のサービス合計単位数×10.72円＝〇〇円(1円未満切り捨て)

〇〇円×0.1(1円未満切り捨て)＝△△円(利用者負担額)

上記内容の説明を受け同意致します

令和 年 月 日

利用者 _____ 印

利用者家族 _____ 印