

【介護】訪問介護の重要事項説明書

あなたに対する指定訪問介護の提供開始にあたり、事業者があなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

1. 事業者概要

事業者名称	合同会社 S A I
所在地	埼玉県さいたま市南区南浦和 2-38-7 富士見ビル 601 号室
代表者名	代表社員 大畑裕史
電話番号	048-627-2940

2. 事業所概要

事業所名	訪問介護 彩のあげお
指定番号	埼玉県指定 第 1171603168号
所在地	〒362-0023 埼玉県上尾市原市中3-6-28 (1F左)
電話番号	電話：048-884-9835 FAX：048-884-9836
事業所の職員体制	管理者1名 サービス提供責任者1名以上 訪問介護員2.5人以上(常勤換算)
営業時間	月曜日～金曜日 午前9時～午後5時まで ※土日、祝日・12月30日～1月2日は窓口は休業となります。
営業地域	上尾市

3. 運営方針

- 事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
- 指定訪問介護の事業は、利用者が要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限りその居宅において、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、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行うものとする。
- 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター及び他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

<サービス内容>

身体介護	利用者の身体に直接接触して介助するサービス、利用者のADL・IADL・QOLや意欲の向上のための利用者とともに行う自立支援・重度化防止のためのサービス、その他専門的知識・技術をも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、服薬介助など)
生活援助	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)

4. 利用料金

- 訪問介護 利用料(別紙：訪問介護 彩のあげお料金表参照)
ご利用料金につきましては介護保険法第40条に規定された、介護報酬に則るものといたします。
利用者負担額は、原則として基本利用料に対して介護負担割合表に記載の割合(1割～3割)に応じた額です。
ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。
※上尾市は地域区分別1単位当たりの単価は10.42円となります(6級地)
- 交通費
訪問介護 彩のあげおのサービスに関する交通費はあらゆる状況において発生いたしません。
- 解約料
ご利用者様はいつでも解約することができ、解約料はかかりません。
- キャンセル料
訪問介護 彩のあげおはキャンセル料は頂戴いたしません。
※不在やキャンセルなどが分かった時点で、速やかにお知らせくださいますようお願い申し上げます。
- その他
ア 利用者の居宅でサービスを提供するために使用する水道、ガス、電気等の費用はご利用者様の負担となります。
イ 通院、外出介助などでの訪問介護員の公共交通機関等の交通費は、ご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方法

利用者負担額の決定は月末締め、翌月支払いとなります。

お支払方法は以下の方法からご選択いただけます。

- 集金によるお支払い
毎月10日前後に請求書を発行ののち、訪問介護員が訪問時に直接集金させていただきサービス利用領収書を発行いたします。
- 口座引き落としによるお支払い
毎月10日前後に請求書を発行ののち、26日(土日祝日の場合は翌営業日)に指定の口座から引き落としをさせていただきます。領収書は翌月の10日前後に発行される請求書と同封してお渡しとなります。
※金融機関の手続きに時間を要するため初回引き落としは2～3カ月分まとめて頂戴する運びとなります。

6. サービス内容に関する苦情窓口

訪問介護 彩のあげお 管理者 吉田 昌	月曜～金曜日、9時～17時 ただし土日祝・12/30～1/2を除く TEL：048-884-9835 FAX：048-884-9836
上尾市役所 介護保険課事業者係	TEL：048-775-5124
埼玉県国民健康保険連合会	TEL：048-824-2568
埼玉県社会福祉協議会	TEL：048-822-1243

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族、介護支援専門員などへの連絡をいたします。

主治医名	
医療機関名	
電話番号	

8. 事故発生時の対応

- (1) 事故が発生した場合には、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じるとともに、速やかに家族等及び関係各所に事故の発生状況及び今後の対応について報告します。
- (2) 事故等により要介護認定に影響する可能性がある場合には市町村（保険者）に事故の概要を報告します。

9. 賠償責任

事業者の責任により、ご契約者様に生じた損害については、事業者はその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご契約者様に故意または過失が認められる場合には、ご契約者様の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合に限り、事業者の損害賠償を減じる場合があります。

10. 虐待防止のための措置

当該事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のために、以下の対策を講じます。

- ① 虐待防止責任者を選任しています。

虐待防止責任者	吉田 昌
---------	------

- ② 苦情解決のための体制を整備しています。
- ③ 研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- ④ サービスの提供中に、養介護施設従事者等又は養護者（家族・同居人等）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。

令和 年 月 日

訪問介護の提供開始にあたり、ご利用者様に対して本書面に基づいて重要事項を説明いたしました。

事業者 所在地 埼玉県さいたま市南区南浦和 2-38-7 富士見ビル 601号室
法人名 合同会社 S A I
代表者 代表社員 大畑 裕史 印

説明者 _____

私は、本書面により事業者から訪問介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 _____

氏名 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____

緊急連絡先

氏名（続柄）	住所	電話番号

【障害】居宅介護の重要事項説明書

あなたに対する指定居宅介護の提供開始にあたり、事業者があなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

1. 事業者概要

事業者名称	合同会社SAI
所在地	埼玉県さいたま市南区南浦和2-38-7富士見ビル601
代表者名	代表社員 大畑裕史
電話番号	048-627-2940

2. 事業所概要

事業所名	訪問介護 彩のあげお
事業所の種類	指定居宅介護事業所 令和 6 年 11 月 1 日 指定 (1111601173)
主たる対象者	居宅介護:対象者区分(身体障害者、知的障害者、障害児、精神障害者)
事業の方針	<p>1 事業所は 居宅介護を利用する障害者(児)(以下「利用者」という。)が居宅において日常生活を営むことができるよう、当該利用者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、排泄及び食事の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、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に行うものとする。</p> <p>2 居宅介護の実施に当たっては、利用者の必要などときに必要な居宅介護の提供ができるよう努めるものとする。</p> <p>3 居宅介護の実施に当たっては、関係市町村及び地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p>
事業の目的	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(平成17年11月7日法律第123号。以下「法」という。)第28条第1項第1号に規定する居宅介護の適切な運営を確保するために必要な人員及び運営に関する事項を定めるとともに、障害者及び障害児(以下「障害者(児)」という。)の意思及び人格を尊重し、適切な居宅介護を提供することを目的とする。
所在地	〒362-0023 埼玉県上尾市原市中3-6-28(1F左)
電話番号	電話:048-884-9835 FAX: 048-884-9836
管理者氏名	管理者 吉田 昌
開設年月日	令和6年11月1日
営業時間	月曜日～金曜日 午前9時～午後5時まで ※土曜、日曜、祝日・12月30日～1月2日は窓口は休業となります。
営業地域	上尾市
事業所が行っている他の業務	指定訪問介護事業所 令和6年10月1日指定 1171603168 号 指定訪問看護事業所 令和5年5月1日指定 1161690320 号

3. 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	職務の内容
1.管理者	1名		1.0	従業者及び業務の一元的管理及び指揮命令
2.サービス提供責任者		2名	2.0	・居宅介護計画、計画(以下「居宅介護計画」という。)の作成 ・利用者の申し込みに係る調整 ・居宅介護従事者等に対する技術指導等のサービスの内容の管理
3.居宅介護従事者(ヘルパー)				・居宅介護計画に基づき、居宅介護サービスを提供
	介護福祉士	2名	2.0	・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
	介護福祉士実務者研修			
	介護職員初任者研修	1名	1.0	

<サービス内容>

居宅介護	身体介護	利用者の身体に直接接触して介助するサービス、利用者のADL・IADL・QOLや意欲の向上のための利用者とともにを行う自立支援・重度化防止のためのサービス、その他専門的知識・技術をも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)

4. 利用料金

(1) 居宅介護利用料(別紙:訪問介護 彩のあげお料金表参照)
ご利用料金につきましては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に基づく指定障害福祉等及び基準該当福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示第523号)に規定された、報酬額に則るものといたします。

利用者負担額は、基本利用料に対して1割の額です。

※上尾市は地域区分別1単位当たりの単価は10.36円となります(6級地)

(2) 交通費

訪問介護 彩のあげおのサービスに関する交通費はあらゆる状況において発生いたしません。

(3) 解約料

ご利用者様はいつでも解約することができ、解約料はかかりません。

(4) キャンセル料

訪問介護 彩のあげおはキャンセル料は頂戴いたしません。

※不在やキャンセルなどが分かった時点で、速やかにお知らせくださいますようお願い申し上げます。

(5) その他

ア 利用者の居宅でサービスを提供するために使用する水道、ガス、電気等の費用はご利用者様の負担となります。

イ 通院、外出介助などでのヘルパーの公共交通機関等の交通費は、ご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方法

利用者負担額の決定は月末締め、翌月支払いとなります。

お支払方法は以下の方法からご選択いただけます。

(1) 集金によるお支払い

毎月10日前後に請求書を発行ののち、訪問ヘルパーが訪問時に直接集金させていただきサービス利用領収書を発行いたします。

(2) 口座引き落としによるお支払い

毎月10日前後に請求書を発行ののち、26日(土日祝日の場合は翌営業日)に指定の口座から引き落としをさせていただきます。領収書は翌月の10日前後に発行される請求書と同封してお渡しとなります。

※金融機関の手続きに時間を要するため初回引き落としは2～3カ月分まとめて頂戴する運びとなります。

6. サービス内容に関する苦情窓口

訪問介護 彩のあげお 苦情解決責任者 吉田 昌	TEL : 048-884-9835 FAX: 048-884-9836
上尾市役所 障害福祉課	TEL : 048-775-8872
埼玉県福祉部障害者支援課	TEL : 048-830-3317

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族、介護支援専門員などへの連絡をいたします。

主治医名	
医療機関名	
電話番号	

8. 事故発生時の対応

- (1) 事故が発生した場合には、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じるとともに、速やかに家族等及び関係各所に事故の発生状況及び今後の対応について報告します。
- (2) 事故等により要介護認定に影響する可能性がある場合には市町村(保険者)に事故の概要を報告します。

9. 賠償責任

事業者の責任により、ご契約者様に生じた損害については、事業者はその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご契約者様に故意または過失が認められる場合には、ご契約者様の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合に限り、事業者の損害賠償を減じる場合があります。

10. 虐待防止のための措置

当該事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のために、以下の対策を講じます。

①虐待防止責任者を選任しています。

虐待防止責任者	吉田 昌
---------	------

②苦情解決のための体制を整備しています。

③研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。

④サービスの提供中に、関連事業従事者又は養護者(家族・同居人等)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。

令和 年 月 日

居宅介護の提供開始にあたり、ご利用者様に対して本書面に基づいて重要事項を説明いたしました。

事業者 所在地 埼玉県さいたま市南区南浦和2-38-7
富士見ビル601
法人名 合同会社SAI
代表者 代表社員 大畑裕史 印

説明者 _____

私は、本書面により事業者から居宅介護についての重要事項の説明を受けました。

本人 住所 _____

氏名 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____

緊急連絡先

氏名(続柄)	住所	電話番号