

「重度訪問介護」重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所と指定（重度訪問介護）に関する利用契約の締結を希望される方に対して、関係省令に基づき、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。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 営業日及び営業時間	2
4. サービス提供日及びサービス提供時間	2
5. 事業所の構造・設備について	2
6. 職員の体制	2
7. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
8. サービスのご利用の際にご留意いただく事項	6
9. 虐待の防止について	6
10. 協力医療機関について	6
11. 事故発生時の対応方法について	7
12. 苦情等の受付について	7
13. 事業所ご利用の際にご留意いただく事項	8
14. 提供するサービスの第三者評価の実施状況	8

ケアビジネスエイド株式会社
訪問介護ステーション ケアエイド
当事業所は福岡県の指定を受けています。

1. 事業者

事業者名称	ケアビジネスエイド株式会社
代表者氏名	貝谷 隆泰
本社所在地 (連絡先)	〒813-0013 福岡市早良区小田部1丁目13-8 電話 092-832-1818 ファックス番号 092-832-1820
法人設立年月日	平成 25 年 3 月 4 日

2. 事業所の概要

事業所名称	訪問介護ステーション ケアエイド
事業の目的	障がい者総合支援法に則り、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な重度訪問介護の提供を目的とする。
運営の方針	事業者は利用者が居宅において自立した日常生活を営む事ができるよう生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行うものとする。
指定 事業所 番号	4010200972 号 (令和元年 6 月 25 日指定)
管 理 者	村 田 誉 憲
事業所所在地	福岡市東区香椎駅前 2 丁目 4-15
連 絡 先	電話番号 092-672-7253 ファックス番号 092-672-7337
事業所の通常の 事業実施地域	福岡市全域、古賀市、糟屋郡
事業所が行う 他の指定障がい 福祉サービス	なし
サ ー ビ ス の 主たる対象者	身体障がい者 知的障がい者 精神障がい者 難病等対象者
利 用 定 員	なし
開 設 年 月 日	平成 25 年 11 月 1 日

3. 営業日及び営業時間

営 業 日	月、火、水、木、金、土
営 業 時 間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分

4. サービス提供日及びサービス提供時間

サービス提供日	月、火、水、木、金、土
サービス提供時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分

5. 事業所の構造・設備について 記載不要（訪問系）

6. 職員の体制

職種	職務内容	人員数
管理者	管理者は、職員の管理、障がい福祉サービス利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている障がい福祉サービスの実施に関し、事業所の職員に対し遵守させるため必要な指揮命令を行うほか、障がい者及びその家族に対し、その内容等について、必要な説明を行います。	常勤 1人
サービス管理責任者	<ol style="list-style-type: none"> 適切な方法により、利用者の有する能力、置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握（以下「アセスメント」という。）を行い、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上での適切な支援内容を検討します。 アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき、事業所が提供する障がい福祉サービス以外の保健医療サービス又はその他の福祉サービス等との連携も含めて、利用者の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、重度訪問介護の目標及びその達成時期、障がい福祉サービスを提供する上での留意事項等を記載した個別支援計画の原案を作成します。 個別支援計画の原案の内容を利用者に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、作成した個別支援計画を記載した書面を利用者に交付します。 個別支援計画作成後、個別支援計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行うとともに、少なくとも〇月に△回以上、個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて個別支援計画を変更します。 利用申込者の利用に際し、障がい福祉サービス事業者等に対する照会等により、利用申込者の心身の状況、事業所以外における指定障がい福祉サービス等の利用状況等を把握します。 利用者の心身の状況、置かれている環境等に照らし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう定期的に検討するとともに、自立した日常生活を営むことができると認められる利用者に対し、必要な支援を行います。 他の職員に対する技術指導及び助言を行います。 	常勤 1人以上

○ 従 業 者 ○	2人以上 事務職 1名	
-----------------------	----------------	--

7. 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

サービスの種類	サービスの内容
個別支援計画の作成	利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、生活全般の質を向上させるための課題や目標、支援の方針等を記載した個別支援計画を作成します。
入浴又は清拭	入浴について必要に応じて介助や確認を行います。利用者の心身の状況により、入浴が困難な場合には清拭を行うなど適切な方法で実施します。
身体等の介護	利用者の状況に応じて適切な技術をもって、食事・整容・更衣・排泄等の生活全般にわたる援助を行います。
身体機能及び日常生活能力の維持・向上のための支援	身体機能の維持向上や、食事・家事等の日常生活能力を向上するための訓練等を行います。
生活相談	利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握して、適切な相談・助言・援助等を行います。
健康管理	日常生活上必要なバイタルチェックを行うなど、常に利用者の健康状況に注意するとともに、医療機関との連絡調整や協力医療機関を通じて健康保持のための適切な支援を行います。
その他	上記に附帯する離床、着替え及び整容その他日常生活上必要な介護、支援、相談、助言を行います。

(2) 利用料金

- ・提供するサービスについて、厚生労働省の告示の単価による利用料が発生します。
- ・利用者の方には、世帯の所得に応じた額（負担上限月額）をご負担ください。ただし、1割相当額の方が低い場合は、その額までのご負担となります。

※負担上限月額等に関する詳細については、お住まいの市町村窓口までお問合せください。

※介護給付費等について事業者が代理受領を行わない（利用者が償還払いを希望する）場合は、介護給付費等の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に介護給付費等の支給（利用者負担額を除く）を申請してください。

(3) その他の費用について

内容	費用
通常の実施地域以外へ公共交通機関を利用した場合	実費
通常の実施地域以外へ事業所の自動車を利用した場合（片道 10km未満）	500 円
通常の実施地域以外へ事業所の自動車を利用した場合（片道 10km以上）	1000 円
コピー代	1 枚 10 円

(4) 利用料金等のお支払い方法

前記（2）及び（3）の費用は、サービスを利用した月の翌月 15 日までに利用月分の請求書をお届けします。サービス提供の記録と内容を照合の上、請求月の翌々月 15 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。（1 か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。）

- ア. 窓口での現金支払
- イ. 下記指定口座への振り込み
北九州銀行 西新支店 普通預金 5021346
ケアビジネスエイド株式会社
- ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし
- エ. 集金

お支払いを確認しましたら、領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。

また、介護給付費等について市町村より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、保管をお願いします。

8. サービスのご利用の際にご留意いただく事項

(1) 受給者証の確認

受給者証に記載された「住所」、「利用者負担額」、「支給量」など「受給者証」の記載内容に変更があった場合は速やかに職員にお知らせください。また、職員が「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。

(2) 個別支援計画の作成

確認した支給決定内容に沿って、利用者及び家族の意向に配慮しながら個別支援計画を作成します。作成した個別支援計画については、案の段階で利用者又は家族に内容を説明

し、利用者の同意を得た上で交付いたします。

(3) 個別支援計画の変更等

個別支援計画は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

(4) サービス実施記録の確認

サービス実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、利用者にも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、個別支援計画及びサービス提供ごとの記録は、サービスを提供した日から5年間保存します。

(5) 利用者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、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。

なお、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. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成23年法律第79号）」を遵守するとともに、下記の対策を講じます。

① 虐待防止に関する担当者及び責任者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	管理者 村田 誉憲
虐待防止に関する責任者	管理者 村田 誉憲

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。

10. 協力医療機関について

協力医療機関は、治療を必要とする場合に協力を依頼している医療機関です。ただし、優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。

医療機関名称			
医院長名			
所在地			
電話番号			
診療科		入院設備	

11. 事故発生時の対応方法について

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、県、市町村、利用者の家

族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する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、損害賠償を速やかに行います。

【当事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。】

保険会社名 東京海上日動火災保険株式会社

保険名 超ビジネス保険

補償の概要 賠償責任

12. 苦情等の受付について

- (1) 提供したサービスに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

事業者の窓口 苦情受付担当者 管理者 村田 誉憲 苦情受付責任者 管理者 村田 誉憲		
市町村の窓口		
<input type="checkbox"/>	早良区役所 福祉・介護保険課	所在地 福岡市早良区百道2-1-1 TEL 092-833-4355
<input type="checkbox"/>	西区役所 福祉・介護保険課	所在地 福岡市西区内浜1-4-1 TEL 092-895-7063
<input type="checkbox"/>	城南区役所 福祉・介護保険課	所在地 福岡市城南区鳥飼6-1-1 TEL 092-833-4105
<input type="checkbox"/>	中央区役所 福祉・介護保険課	所在地 福岡市中央区大名2-5-31 TEL 092-718-1099
<input type="checkbox"/>	南区役所 福祉・介護保険課	所在地 福岡市南区塩原3-25-1 TEL 092-559-5121
<input type="checkbox"/>	東区役所 福祉・介護保険課	所在地 福岡市東区箱崎2-54-1 TEL 092-645-1071
<input type="checkbox"/>	博多区役所 福祉・介護保険課	所在地 福岡市博多区博多駅前2-9-3 TEL 092-419-1081
<input type="checkbox"/>	古賀市介護支援課 介護保険係	所在地 古賀市古賀市駅東1-1-1 TEL 092-942-1144
<input type="checkbox"/>	糟屋郡介護福祉課	所在地 糟屋郡糟屋待ち駕与丁1-1-1 TEL 092-938-0229
福岡県国民健康 保険団体連合会		所在地 福岡市博多区吉塚本町13-47 TEL 092-642-7859 FAX 092-642-7857
公的団体の窓口 福岡県運営適正化委員会 所在地 〒816-0804 福岡県春日市原町3丁目1番地7 (社会福祉法人福岡県社会福祉協議会) 電話番号 092-915-3511 ファックス番号 092-584-3790 受付時間 月～金(祝日を除く) 9:00～17:00		

13. 事業所のご利用の際にご留意いただく事項

感染症対策	利用者がインフルエンザ等の他者に感染する疾病であることを、医師が診断した場合、医師の完治連絡が出るまで事業所利用はできません。
設備・器具の利用	事業所内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
貴重品の管理	貴重品は、利用者の責任において管理していただきます。自己管理のできない利用者につきましては貴重品を事業所に持ち込まないようお願いします。
喫煙	喫煙は決められた時間に決められた場所をお願い致します。
宗教活動・政治活動 営利活動	利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。

14. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有 ・ 無
実施した直近の年月日	年 月 日
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

指定重度訪問介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

年 月 日

管理者 氏名 村田 誉憲

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、指定重度訪問介護の提供開始に同意しました。

年 月 日

利用者住所

氏名

印

代理人住所

氏名

印