

重 要 事 項 説 明 書 （居宅介護・重度訪問介護用）

この「重要事項説明書」は、当事業者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 条に規定に基づき、当事業所の概要や提供するサービスの内容、契約を締結する前に知っておいていただきたいことを事業者が説明するものです。

1 居宅介護サービスを提供する事業者について

事 業 者 名 称	スマイルナーシング株式会社
代 表 者 氏 名	代表取締役 梶山 雄太
本 社 所 在 地 (連 絡 先)	名古屋市中区栄二丁目 8 番 12 号 TEL 052-211-0720 FAX 052-307-4587
法人設立年月日	(平成 30 年 9 月 18 日)

2 利用者へのサービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事 業 所 名 称	訪問介護スマイルナーシング豊橋吉田方
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
指 定 事 業 所 番 号	居宅介護・重度訪問介護 2315102018 (令和 3 年 9 月 1 日指定)
事 業 所 所 在 地	愛知県豊橋市小向町字北小向 20 - 2
連 絡 先 相 談 担 当 者 名	TEL 0532 - 33 - 2170 FAX 0532 - 33 - 2185 担当者 高山 亜沙子
事業所の通常の 事業実施地域	豊橋市
事業所が行う 他の指定障がい 福祉サービス等	重度訪問介護 2315102018 (令和 3 年 9 月 1 日指定)

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	訪問介護スマイルナースینگ豊橋吉田方が行う居宅介護等重度訪問介護（以下、居宅介護という）の適切な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態にある障害者に対し、適切な居宅介護を提供することを目的とする。
運営の方針	ご利用者様の意思及び人格を尊重し、利用者のためのサービス提供を行います。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜～金曜 但し、祝日 8 月 13 日～8 月 15 日、12 月 30～1 月 3 日まで除く
営業時間	9:00～18:00

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	365 日
サービス提供時間	24 時間対応可能

(5) 事業所の職員体制

管理者	高山 亜沙子
-----	--------

職種	職務内容	人員数
管理者	1 従業者及び業務の管理を、一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常勤 1 人

サービス提供責任者	1 利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、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、障がい福祉サービスが適切に行われるようアセスメントを実施し、援助の目標を達成するための手順と所要時間を明確にした手順書を作成します。 2 利用者の日常生活全般の状況及び希望等を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した居宅介護計画を作成します。 3 利用者及びその同居の家族に居宅介護計画の内容を説明し、同意を得て交付します。 4 居宅介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて居宅介護計画の変更を行います。 5 指定居宅介護事業所に対する指定居宅介護の利用の申込みに係る調整を行います。 6 居宅介護従業者（以下「ヘルパー」という）等に対する技術指導等のサービスの内容の管理を行います。 7 ヘルパーに対して、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達します。	常 勤 1 人 非常勤 0 人
ヘルパー	1 居宅介護計画に基づき、居宅介護サービスを提供します。 2 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を行います。	常 勤 4 人 非常勤 3 人
事務職員	介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	常 勤 0 人 非常勤 1 人

3 提供するサービスの内容と料金及び利用者負担額について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サ ー ビ ス の 内 容
居宅介護計画等の作成		利用者の日常生活全般の状況及び希望等を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した居宅介護計画を作成します。
身	食事の介助	食事の介助を行います。

	排せつの介助	排せつの介助、おむつ交換を行います。
	衣類着脱の介助	衣服の着脱の介助を行います。
	入浴の介助	入浴の介助を行います。
	身体の清拭、洗髪	清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	その他	その他必要な身体の介助を行います。
家事援助	調理	利用者の食事の用意を行います。
	衣類の洗濯、補修	利用者の衣類等の洗濯、補修を行います。
	住居等の掃除、整理整頓	利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。
	生活必需品の買い物	利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。 預貯金の引き出しや預け入れは行いません。
	関係機関との連絡	必要に応じて、関係機関との連絡を行います。
	その他	その他必要な家事を行います。
通院等介助		通院等又は官公署並びに指定相談支援事業所への移動（公的手続又は障がい福祉サービスの利用に係る相談のために利用する場合に限る）のための屋内外における移動等の介助又は通院先等での受診等の手続、移動等の介助を行います。
重度訪問介護		重度の肢体不自由者または重度の知的障害者もしくは精神障害により行動上著しい困難を有する方に対して、居宅における入浴・排泄・家事などの介護、調理・洗濯・掃除の家事介助や生活に関する相談・助言・外出時における移動中の介護などを長時間にわたって総合的に援助サービスを行います。

(2) ヘルパーの禁止行為

ヘルパーはサービスの提供に当たって次の行為は行いません。

- ①医療行為
- ②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④利用者の同居家族に対するサービス
- ⑤利用者の日常生活の範囲を超えたサービス（大掃除、庭掃除など）

⑥利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食

⑦身体拘束その他利用者の行動を制限する行為

(利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く)

⑧その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの料金とその利用者負担額について

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。

利用者負担は現在、サービス量と所得に着目した負担の仕組みとなっています。

定率負担、実費負担のそれぞれに、低所得の方に配慮した軽減策が講じられています。

※ サービス提供に係る費用のうち、世帯の所得に応じた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。

※豊橋市地域区分単価 10.18 円にて計算しています。

提供時間 内容	30 分未満		30 分以上 1 時間未満		1 時間以上 1 時間 30 分未満		1 時間 30 分以上 2 時間未満	
	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
身体介護	2,595 円	259 円	4,092 円	409 円	5,945 円	594 円	6,983 円	698 円
提供時間 内容	30 分未満		30 分以上 1 時間未満		1 時間以上 1 時間 30 分未満		1 時間 30 分以上 2 時間未満	
	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
通院等介助(身体介護を伴う)	2,595 円	259 円	4,092 円	409 円	5,945 円	594 円	6,983 円	698 円
提供時間 内容	30 分未満		30 分以上 45 分未満		45 分以上 1 時間未満		1 時間以上 1 時間 15 分未満	
	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
家事援助	1,068 円	106 円	1,547 円	154 円	1,995 円	199 円	2,422 円	242 円

利用料金の目安は、次表のとおりです。

※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅介護計画に位置付けた時間数によるものとします。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、居宅介護計画の見直しを行います。

※ サービス提供を行う手順書等により、市町村が 2 人派遣を認めた場合は、利用者

の同意のもとヘルパー2人を同時派遣しますが、その場合の費用は2人分となり、利用者負担額も2倍になります。

- ※ 利用者の体調等の理由で居宅介護計画に予定されていたサービスが実施できない場合、利用者の同意を得てサービス内容を変更することができます。

この場合、事業者は変更後のサービス内容と時間により利用料金を請求致します。

- ※ 通院等のための乗車・降車の介助を行うことの前後に連続して、相当の所要時間（20～30分程度以上）を要しかつ食事や着替えの介助、排泄介助など外出に際しての身体介護を行う場合には、「通院等介助（身体介護を伴う場合）」を算定します。

- ※ 「通院等介助（身体介護を伴う場合）」の前後において、居宅における外出に直接関係しない身体介護（例：入浴介助、食事介助など）に30分～1時間以上を要し、かつ当該身体介護が中心である場合には、通算して「身体介護」を算定します。

- ※ 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。

【加算項目】

- ① サービス提供の時間帯により下表のとおり料金が加算されます。

提供時間帯名	早 朝	昼 間	夜 間	深 夜
時 間 帯	午前6時から 午前8時まで	午前8時から 午後6時まで	午後6時から 午後10時まで	午後10時から 午前6時まで
加算割合	100分の25		100分の25	100分の50

- ② 事業所のとっている体制又は、対応の内容等により下表のとおり料金が加算されます。

加算項目	利用料	利用者負担額	算定回数等
緊急時対応加算	1,018円	101円	身体介護又は通院等介助（身体介護を伴う場合）に限る。 1回の要請につき1回、利用者1人に対し、1月に2回を限度とします。
初回加算	2,036円	203円	初回月、1回のみ

特 別 地 域 加 算	所 定 単 位 数 の 15/100	左記の 1 割	厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対しサービス提供を行った場合に加算します。
福祉専門職員等連携加算	5,741 円	574 円	サービスの初回から 90 日間で 3 回を限度とします。

緊急時対応加算は、利用者やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者が居宅介護計画の変更を行い、ヘルパーが居宅介護計画において計画的に訪問することとなっていないサービスを緊急に行った場合に加算します(対象となるサービスは、身体介護及び通院等介助(身体介護を伴う場合)に限ります)。

※ 初回加算は、新規に居宅介護計画を作成した利用者に対して、初回のサービス提供と同月内に、サービス提供責任者が、自らサービス提供を行う場合又は他のヘルパーがサービス提供を行う際に同行した場合に加算します。

※ 特別地域加算は、厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、サービス提供を行った場合に加算します。なお、本加算を算定する場合は、通常の事業の実施地域を越えてサービス提供を行った際にいただくことになっている交通費は徴収しません。

※ 福祉専門職員等連携加算は、精神障がい者等の特性に精通する専門職と連携し、利用者の心身の状況等を共同で評価した場合に加算されます。

③ 利用者の依頼により、利用者の負担上限月額を超えて事業者が利用者負担額を徴収しないよう、利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合は、以下の料金が加算されます。

内 容	利用料	利用者負担額	
利用者負担上限額管理加算	1,527 円	152 円	月 1 回を限度とします。

4 その他の費用について

① 交通費	通常の実施地域を越えて行う事業に要した交通費は、公共交通機関を利用した場合は、その実費を利用者及び扶養義務者から徴収するものとする。なお、この場合事業者の自動車を利用したときは、次の額を徴収するものとします。 (1) 事業所から片道 10 キロメートル未満 500 円 (2) 事業所から片道 10 キロメートル以上 1,000 円
-------	---

②キャンセル料	サービスの利用をキャンセルする場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	利用予定日の前日午後 15 時まで に申し出があった場合	キャンセル料は不要です
	利用予定日の前日午後 15 時まで に申し出がなかった場合	当日の利用料金の 50 %
	※ただし、利用者の病変、急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。 キャンセル料は不要です	
③サービス提供に当たり必要となる利用者の居宅 で使用する電気、ガス、水道の費用		<u>利用者（お客様）の別途負担 となります。</u>
④通院等介助等におけるヘルパーの公共交通機関 等の交通費		

5 利用者負担額及びその他の費用の支払い方法について

利用者負担額その他の費用の支払い方法について	利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月 20 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うえ、請求月の 26 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 利用者指定口座からの自動振替 お支払いを確認しましたら、必ず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。
------------------------	--

※利用料、その他の費用の支払いについて、支払い能力があるにもかかわらず支払期日から 2 月以上遅延し、故意に支払いの督促から 10 日以内にお支払いがない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6 担当ヘルパーの変更を希望される場合の相談窓口について

利用者のご事情により、担当ヘルパーの変更を希望される場合は、右の相談担当者ま	ア 相談担当者氏名	高山 亜沙子
	イ 連絡先電話番号	0532 - 33 - 2170
	同 ファックス番号	0532 - 33 - 2185

でご相談ください。	ウ 受付日及び受付時間 月曜～金曜 9:00-18:00
-----------	------------------------------

※ 担当ヘルパーの変更に関しては、利用者等の希望を尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

7 サービスの提供に当たっての留意事項

(1) 市町村の支給決定内容等の確認

サービスの提供に先立って、受給者証に記載された支給量・支給内容・利用者負担上限月額を確認させていただきます。受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。

(2) 居宅介護計画の作成

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居宅介護計画を作成します。作成した居宅介護計画については、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成案としますので、ご確認いただくようお願いします。サービスの提供は居宅介護計画に基づいて行います。実施に関する指示や命令はすべて事業者が行いますが、実際の提供に当たっては、利用者等の訪問時の状況や意向に充分な配慮を行います。

(3) 居宅介護計画の変更等

居宅介護計画は、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。また、サービス利用の変更・追加は、ヘルパー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ほか、他事業所を紹介するなど必要な調整を致します。

(4) 担当ヘルパーの決定等

サービス提供時に、担当のヘルパーを決定します。ただし、実際のサービス提供に当たっては、複数のヘルパーが交替してサービスを提供します。担当のヘルパーや訪問するヘルパーが交代する場合は、あらかじ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。利用者から特定のヘルパーを指名することはできませんが、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、お客様相談窓口等にご遠慮なく相談ください。

(5) サービス実施のために必要な備品等の使用

サービス実施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。また、ヘルパーが事業所に連絡する場合の電話を使用させていただく場合が

あります。

8 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（児）施設における虐待の防止について」（平成 17 年 10 月 20 日障発第 1020001 号厚生労働省社会援護局障害保健福祉部長通知）に準じた取扱いをするとともに、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 高山 亜沙子
-------------	------------

- 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。

9 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。 ○ 事業者及び従業者は、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、その秘密を保持するべき旨を、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等で使用する等、他の障がい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、追加又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の負担となります。)
--	--

10 緊急時の対応方法について

①サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

②上記以外の緊急時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合に、下記の対応可能時間に連絡を受けた際は、利用者の状態に応じて、必要な対応を行います。

連絡先：電話番号 0532 - 33 - 2170 対応可能時間 9：00～18：00

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、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。

市町村	市 町 村 名	豊橋市
	担 当 部 ・ 課 名	東三河広域連合 福祉事業部
	電 話 番 号	0532 - 51 - 2371

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 東京海上日動火災保険株式会社

12 身分証携行義務

従業者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

13 心身の状況の把握

サービスの提供に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

14 連絡調整に対する協力

事業者は、サービスの利用について市町村又は相談支援事業を行うものが行う連絡調整にできる限り協力します。

15 他の指定障がい福祉サービス事業者等との連携

サービスの提供に当たり、市町村、他の指定障がい福祉サービス事業者及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

16 サービス提供の記録

- ① サービスの実施ごとに、そのサービスの提供日、内容、実績時間数及び利用者負担額等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。
- ② サービスの実施ごとに、サービス提供実績記録票に記録を行い、利用者の確認を受けます。
- ③ これらの記録はサービス完結の日から 5 年間保存し、利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。
(複写等に係る費用は実費を負担いただきます。)

17 苦情解決の体制及び手順

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】 (事業者の担当部署・窓口の名称)	所 在 豊橋市小向町字北小向 20 - 2 電話番号 0532 - 33 - 2170 ファックス番号 0532 - 33 - 2185 受付時間 9:00-18:00
【市町村の窓口】 (利用者の居宅がある市町村の障がい福祉サービス担当部署の名称)	窓口名称 東三河広域連合 福祉事業部 電話番号 0532 - 51 - 2371 受付時間 8:30-17:15
愛知県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	窓口名称 愛知県社会福祉法人運営適正委員会 電話番号 052 - 212 - 5515 受付時間 9:00-17:00

本事業所では地域

にお住まいの方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業

所に対するご意見などもいただいています。本事業所への苦情や意見は第三者委員に相談することもできます。

18 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
-------	-------

19 サービス提供開始可能年月日

サービス提供開始が可能な年月日	年 月 日
-----------------	-------

令和 年 月 日 上記説明しました

事業所 訪問介護スマイルナースング豊橋吉田方

豊橋市小向町字北小向 20 - 2

説明者 _____ 印

上記説明受けました

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印