

「訪問介護事業所ケアーズ 行動援護」重要事項説明書

※本事業所では、利用者に対して障害者自立支援法に基づく障がい福祉サービス（行動援護）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. 事業者

名 称	株式会社ケアーズ
所 在 地	埼玉県川口市長蔵2-1-18 コモ・スクエアA号室
電 話 番 号	(048) 291-6670
代表者氏名	代表取締役 根本 光
設 立 年 月	平成26年12月24日

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定行動援護事業所（令和5年3月1日指定）
事業の目的	利用者が居宅において日常生活を営むことができるよう行動援護サービスを適切に提供する。
事業所の名称	訪問介護事業所ケアーズ
事業所の所在地	埼玉県川口市長蔵2-1-18 コモ・スクエアA号室
電話番号	(048) 291-6670
管理者氏名	後藤 紗子
事業所の運営方針について	自立支援給付日の支援決定を受けた障がい者（児）に対し、適切な行動援護サービスを提供する。
開設年月	平成27年9月1日
事業所が行なっている他の業務	指定居宅介護・指定重度訪問介護／指定訪問介護（介護保険）

3. 事業実施地域

川口市・草加市・さいたま市（緑区に限る）

その他、ご相談に応じて対応する。

4. 営業時間

営業日	月曜日から日曜日（年末年始を除く）
受付時間	午前8時30分から午後5時30分
サービス提供時間帯	午前9時00分から午後6時00分

5. 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
管理者	1名		1	業務管理
サービス提供責任者	2名		2	サービス提供に関する調整等
居宅介護従事者 (ホームヘルパー)	8名	16名	13.7	居宅介護等サービスの提供

当事業所では、利用者に対して居宅介護等サービスを提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

（1）「行動援護計画」とサービス内容

当事業所では、次のサービス内容から行動援護計画を定めて、サービスを提供します。「行動援護計画」は、市町村が決定した「支給量」と利用者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に対するサービス実施日などを記載しています。「行動援護計画」は、利用者や家族に事前に説明し、同意をいただくとともに、写しを利用者に交付します。また、利用者の申し出により、いつでも見直すことができます。

＜サービス区分及びサービス内容＞

①行動援護＜ホームヘルプサービス＞

1) 行動援護

知的障がいや精神障がいにより行動が困難で常に介護が必要な方に、行動するときの危険を回避する援助や外出時の移動の支援を行います。

2) その他、必要に応じて健康や日常生活上の状況をお伺いし、生活上のご相談や助言を行います。

（2）利用者負担額

上記サービスの利用に対しては、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、利用者は、利用者負担分としてサービス料金の1割（定率負担）を事業者にお支払いいただきます。個別減免が適用される場合には、減免後の金額となります。

＜利用者負担額の上限等について＞

- 介護給付費対象のサービスの利用者負担額は上限が定められています。
- 利用者のご希望により、当事業所を利用者負担の上限管理者に選任される場合には、サービス利用開始の際にその旨をお申し出ください。

＜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。）

（3）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、実費をいただきます。

- 通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、ホームヘルパーが訪問するための交通費をいただきます。（サービス利用料とともに1か月ごとにお支払いいただきます。）

＜サービス利用料金＞

下記の料金表によって、サービス利用料金から介護給付費の給付額を除いた金額（利用者負担）をお支払いいただきます。

1. 基本単位

○行動援護 地域別加算（5級地）（1単位：10.60円）

利用時間	利用料	自己負担額	利用時間	利用料	自己負担額
30分未満 (288)	3,052円	306円	4時間以上 4.5時間未満 (1,479)	15,677円	1,568円
30分以上 1時間未満 (437)	4,632円	464円	4.5時間以上 5時間未満 (1,623)	17,203円	1,721円
1時間以上 1.5時間未満 (619)	6,561円	657円	5時間以上 5.5時間未満 (1,764)	18,698円	1,870円
1.5時間以上 2時間未満 (762)	8,077円	808円	5.5時間以上 6時間未満 (1,904)	20,182円	2,019円
2時間以上 2.5時間未満 (905)	9,593円	960円	6時間以上 6.5時間未満 (2,046)	21,687円	2,169円
2.5時間以上 3時間未満 (1,047)	11,098円	306円	6.5時間以上 7時間未満 (2,192)	23,235円	2,324円
3時間以上 3.5時間未満 (1,191)	12,624円	1,263円	7時間以上 7.5時間未満 (2,340)	24,804円	2,481円

3.5時間以上 4時間未満 (1,344)	14,140円	1,414円	7.5時間以上 (2,485)	26,341円	2,635円
-----------------------------	---------	--------	--------------------	---------	--------

2. 緊急時訪問加算(100) 利用料：1,060円 自己負担額：106円

3. 初回訪問加算(200) 利用料：2,120円 自己負担額：212円

4. 利用者負担上限額管理加算(150) 利用料：1,590円 自己負担額：159円

5. 福祉・介護職員等処遇改善加算 加算率：38.2% (R6年6月1日から算定)

6. 特定事業所加算(II) 加算率：10.0%

<利用者負担の減免について>

[利用者負担に関する月額上限]

○ 1か月あたりのサービス利用にかかる「定率負担」については、所得に応じて4区分の月額負担額が設定され、それ以上の負担の必要はありません。

区分	世帯の収入状況	1か月あたりの負担上減額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得1	市町村民税非課税世帯で、サービスを利用するご本人の収入が80万円以下の方	0円
低所得2	市町村民税非課税世帯	24,600円
一般	市町村民税課税世帯	37,200円

(4) 利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法

利用者負担額及びその他の費用については、1ヶ月ごとに計算してご請求しますので、翌月末までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

(ア)現金にてのお支払い

(イ)事業者指定口座への振り込み(手数料は事業者負担となります。)

(ウ)上記によりがたい場合はご相談に応じます。

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、必ず保管をお願いします。

※通常実施地域以外の交通費の料金・費用については、次のとおりです。

- ① 事業所から片道おおむね5キロメートル以内100円(自動車を使用した場合)。
- ② 事業所から片道おおむね5キロメートルを超える部分について、5キロメートル又はその

端数ごとに150円（自動車を使用した場合）。

③ 公共交通機関を利用した場合には実費を負担。

（5）利用の中止、変更、追加

- ① 利用予定日の前に、利用者の都合により、行動援護計画で定めたサービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に申し出てください。
- ② 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	利用者負担相当額

- ③ 市町村が決定した「支給量」及び当該サービスの利用状況によっては、サービスを追加することもできます。
- ④ 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いたします。

（6）実費負担額（交通費等）の変更

実費負担額（交通費等）を変更する場合は、原則としてその2か月前までにご説明します。

6. サービスの利用に関する留意事項

（1）ホームヘルパーについて

サービス提供時に、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、お客様相談窓口等に遠慮なくご相談ください。

（2）サービス提供について

サービスは、「行動援護計画」にもとづいて行います。実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、実際の提供にあたっては、利用者の訪問時の状況・事情・意向等について十分に配慮します。

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。
(ホーム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きます。)

（3）サービス内容の変更

☆ 訪問時に、利用者の体調等の理由で行動援護計画で予定されていたサービスの実施ができない場合には、利用者の同意を得て、サービス内容を変更します。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。

(4) 受給者証の確認（契約書第3条参照）

☆「住所」及び「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します。

(5) ホームヘルパーの禁止行為

☆ ホームヘルパーは、サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ① 医療行為
- ② 利用者もしくはご家族等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
- ③ 利用者もしくはその家族等からの金銭又は物品、飲食の授受
- ④ ご契約者の家族等に対するサービスの提供
- ⑤ 飲酒・喫煙及び飲食（移動介護等において利用者の同意を得て利用者と一緒に飲食を行う場合は除きます。）
- ⑥ 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又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑦ その他利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動及びその他迷惑行為

7. 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

本事業所では、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、行動援護計画及びサービス提供ごとの記録は、サービス提供日より5年間保存します。

(2) 利用者の記録や情報の管理、開示について

本事業所では、関係法令に関する要綱に基づいて、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。（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。）

8. 苦情等の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

- 受付窓口 訪問介護事業所ケアーズ
- 苦情受付担当者 サービス提供責任者 根本 光
- 苦情解決責任者 管理者 後藤 紗子
- 受付時間 午前9時00分～午後6時00分
電話番号（048）291-6670

(2) 行政機関その他苦情受付機関

【市町村の窓口】 川口市役所 障害福祉課	所在地 埼玉県川口市青木2-1-1 電話番号 048-258-1110 (代表)
【公的団体の窓口】 埼玉県運営適正化委員会	所在地 さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65 彩の国すこやかプラザ 1階 電話番号 048-822-1243 ファックス番号 048-822-1406 受付時間 月～金曜日 (土日祝日・年末年始を除く) 午前9時～午後4時

9. 緊急時の対応方法について

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連絡します。

対応可能時間：月曜日～日曜日（午前9時～午後6時）

主治医	主治 医・医療機関	
	所 在 地	
	電話番号	
緊急連絡先	氏 名	続柄
	住 所	
	電話番号	

10 事故発生時の対応方法について

利用者に対する居宅介護の提供により事故が発生した場合は、都道府県、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、利用者に対する居宅介護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	
	担 当 部 ・ 課 名	
	電 話 番 号	
主治医	主 治 医 氏 名	
	医 療 機 関 名	
	所 在 地	

	電 話 番 号	
緊急連絡先	氏 名	続柄
	住 所	
	電 話 番 号	

1.1 虐待防止の取り組み

虐待は、障害者の尊厳保持や人格の尊重に深刻な影響を及ぼすため、事業所は虐待防止のために必要な措置を講じます。

- ・虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について事業所内で周知徹底
- ・虐待防止の為の指針の整備
- ・虐待防止の為の研修会を定期的に実施
- ・虐待防止責任者の設置

■虐待防止担当者 訪問介護 管理者 後藤 綾子

■虐待防止責任者 法人本部 代表 根本 光

1.2 感染症の予防及びまん延防止の取り組み

事業所は感染症の発生と、まん延を防止するために必要な措置を講じます。

- ・感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6カ月に1回以上開催し、その結果について事業所内で周知徹底
- ・感染症及びまん延の防止のための指針の整備
- ・感染症及びまん延の防止のための研修会及び訓練を定期的に実施

1.3 身体拘束等の適正化について

当事業所は、ご利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他、行動の制限を行いません。

前述の身体拘束等を行う場合は、次の手続きにより行います。

- (1) 身体拘束廃止委員会を設置します。
- (2) 「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体拘束にかかる態様及び時間、その際の入所者的心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録します。
- (3) 当該入所者又はご家族に説明しその他の方法がなかったか改善方法を検討します。

1.4 業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生でもご利用者への居宅介護を継続的に実施するためと、非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

- ・事業所内で業務継続計画を周知するとともに、研修及び訓練を定期的に実施
- ・定期的に業務継続計画の見直しと変更

令和 年 月 日

行動援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。

所在地 埼玉県川口市長藏2-1-18 コモ・スクエアA号室
法人名 株式会社ケアーズ
代表者名 代表取締役 根本 光
事業者名 訪問介護事業所ケアーズ
説明者 後藤 綾子 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、行動援護サービスの提供開始に同意しました。

私は、行動援護サービスを受けるにあたり、利用する居宅介護サービス事業者及び保険者等に対して、自己に対する居宅介護サービス提供に必要な個人情報を用いることに同意しました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人又は立会人 住 所 _____

氏 名 _____ 印