

## 居宅・重度訪問介護 重要事項説明書

(令和6年4月1日現在)

### 1 業業者の概要

名称	株式会社アイ
法人種別	株式会社
法人所在地	愛知県春日井市坂下町5丁目1215番地667
電話番号	TEL:0568-88-8062 FAX:0568-55-6515
法人が営業する 営業所の数	5

### 2 事業所の概要

事業所の名称	訪問介護 しゅう
事業所の所在地	愛知県小牧市大字上末字東山3440番155
事業所の電話番号	0568-47-1321
通常実施地域	小牧市、春日井市 ※その他地域は要相談
サービス提供曜日・時間	年中無休・24時間
事業所番号	障害者福祉サービス (事業所番号:2317501498) 喀痰吸引事業者 (事業者番号:232200147)
運営方針	要介護者等の心身の特性を踏まえて、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援助を行う
自己評価の現地状況	有
職員への研修の現地状況	有

### 3 事業所の職員体制

職種	形態
管理者	1人(常勤)
サービス提供責任者	2人以上
訪問介護員	2.5人以上(常勤換算)
事務職員	1人以上

### 4 主たる対象者

居宅介護 ①身体障害者 ②知的障害者 ③障害児 ④精神障害者 ⑤難病等対象者
--

### 5 サービス内容

(1)身体介護・居宅介護	①起床介助	②就寝介助	③排泄介助	④整容介助
	⑤食事介助	⑥衣服の脱着	⑦清拭	⑧入浴介助
	⑨体位交換	⑩服薬管理	⑪通院介助	⑫その他( )等
(2)生活援助・家事援助	①買い物代行	②調理	③掃除	④洗濯
	⑤その他( )等			
(3)重度訪問介護	①食事介助	②入浴介助	③排泄介助	④清式
	⑥買い物代行	⑦調理	⑧掃除	⑨洗濯 等

### 6 利用料金

(1) 指定障害サービスを提供した場合の利用料は、告知上の負担金となります。当該指定障害福祉サービスが 法廷代理受領サービスである時は、市町村が定める月額負担上限額の範囲内において、利用者負担額の支払を受けます ただし、利用者の身体的理由により一人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合等であって、同時に二人のヘル パーによってサービス提供を受けた場合は、二人分の料金を頂きます。詳細については別添の料金表をご参照ください。
(2) 通常の事業の実施地域 通常の事業の実施地域は、小牧市、春日井市とする。 その他地域及び遠方の地域に関しては相談に应ずる。
(3) 交通費 上記実施地域以外の地域におけるサービス利用については交通費、全額自己負担となります。 ・事務所の実施地域を越える地点から、1キロメートル毎 55円(税込み)

(4) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。  
キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡下さい。  
・ご利用の前日18時でにご連絡いただいた場合、無料  
・上記の時間以降については、利用時間の100%

(5) その他

利用者のお住まいでサービスを提供する為に必要となる水道、ガス、電気、電話等の費用は利用者にご負担いただきます。

(6) お支払い

上記利用料金の支払いは、1ヵ月ごとに計算し、翌月15日までに請求しますので、30日までにお支払い下さい。

## 7 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

- ア 居宅介護について受給者証取得された方で、当事業者のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡下さい。当事業者のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。
- イ サービス利用が決定した場合は契約を締結し、居宅介護計画書を制作して、サービス提供を開始します。契約の有効期限は介護給付費支給期間と同じです。ただし、引き続き支給決定をうけ、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。
- ウ 居宅介護の提供に当たっては、適切なサービスを提供するために、利用者の心身の状態や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させていただきます。

### (2) サービスの終了

- ア 利用者が当事業者に対して30日間の予告期間において文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告勧告期間内でも契約を解除することができます。
- イ 当事業者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、利用者やご家族に対して社会通念よ逸脱する行為を行った場合、又は当事業者が破産した場合、利用者は文書で通知することによりただちにこの契約を解除することができます。
- ウ 利用者がサービス利用料金の支払いを2か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15日以内にお支払いいただけない場合、または利用者やご家族が事業者やサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただきますことがあります。
- エ 当事業所を閉鎖または縮小する場合などやむを得ない事情がある場合、契約を解除し、サービス提供を終了させていただきますことがあります。この場合、契約を解除する日の30日前までに文書で通知します。
- オ 利用者の居宅介護についての介護給付費の支給決定が取り消された場合、もしくは介護給付費支給終了に伴い介護給付費支給申請を行った結果、不支給となった場合、事業者は文書で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただきますことがあります。

### (3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

- ア 利用者が施設に入所した場合
- イ 利用者が亡くなった場合

## 8 緊急時の対応

サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡するとともに、医師の指示に従い適切な対応に当たります。又、速やかに管理者へ報告するとともに、利用者の家族、緊急連絡先へ連絡を行い、必要に応じて協力医療機関、警察、消防署等へ協力依頼し、市町に連絡します。

**【主治医】**

医療機関名	
住所	
電話番号	
主治医氏名	

**【ご家族等緊急連絡先】**

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

**9 事故発生時の対応**

サービスの提供中に事故が発生した場合は、速やかに応急処置、上記医療機関への搬送等の措置を講じ、ご家族、市町村、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。また、事故の状況及び処置について記録をするとともに、原因を解明し、再発を防ぐ為の対策を講じます。

**10 サービス内容に関する苦情窓口**

(1) 当事業所におけるお客様相談・苦情窓口及び緊急連絡先  
担当 北國 恵子 電話番号 0568-47-1321

**(2) その他**

小牧市福祉部障害福祉課	0568-76-1127
春日井市健康福祉部障がい福祉課	0568-85-6186
愛知県社会福祉協議会 運営適正化委員会	052-212-5515

**11 第三者評価の実施状況**

無し