

重要事項説明書



あなた（又はあなたのご家族）様にご利用しようと考えている以下の事業所のサービスについて契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」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(障害者総合支援法)」(以下、「障害者総合支援法」)に基づく都道府県もしくは各指定都市及び中核市の条例に基づき、指定居宅介護及び指定行動援護サービス契約締結に際して、事業者があらかじめ説明しなければならない内容を記載したものです。

1. 事業者

事業者名 合同会社ああぼ i d s h e n
住 所 東京都国分寺市西町4-30-1・104
代表名 代表社員 西崎 明
電話 042-508-3460
FAX 050-1203-3589
設立年月 令和5年8月

2. 事業者の概要

(1) 事業所の所在地等

事業所の名称	ああぼ i d s h e n		
事業所の種類	指定居宅介護支援事業所	指定	1 3 1 3 7 0 0 9 6 3
	指定行動援護事業所		
主たる対象者	居宅介護	特定なし	
	行動援護	特定なし	
事業所の所在地	東京都国分寺市西町4-30-1・104		
事業所の連絡先	042-508-3460		
相談担当者	西崎 明		
通常のサービス実施地域	国分寺市・国立市		

(2) 事業の目的及び運営方針

①事業の目的

合同会社ああぼ i d s h e nが設置する、ああぼ i d s h e n(以下、「事業所」という)において実施する指定障害福祉サービス事業の居宅介護サービス(以下、「指定居宅介護」という)及び行動援護(以下、「指定行動援護」という)の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、指定居宅介護及び指定行動援護(以下、「指定居宅介護等」という)の意思及び人格を尊重し、常に利用者等の立場に立った指定居宅介護等の提供を確保することを目的とする。

②運営方針

- ア 事業者は、利用者等が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会的生活を営むことができるよう、当該利用者等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、必要な指定居宅介護等の提供ができるよう努めるものとする。
- イ 指定居宅介護等の実施に当たっては、他の指定障害福祉サービス及び保健医療サービスを提供する者との連携に努めるものとする。

ウ 前2項のほか、障害者支援法(平成17年法律第123号。以下、「法」という)及び「障害者総合支援法に基づく指定障害サービス事業等の人員、設備及び運営に関する基準」(平成18年9月29日厚生労働省令第171号)に定める内容のほか関係法令等を遵守し、事業を実施するものとする。

(3) 営業日及び営業時間

事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

営業日 月～金曜日(祝日及び12月28日から1月3日までを除く)

営業時間 9:00～17:00

サービスの提供 6:00～22:00(12月28日から1月3日までを除く)

(4) 当事業所の職員体制(令和6年7月1日現在)

職種		常勤	非常勤
管理者		1人	—
サービス提供責任者		1人	—
居宅従事者	介護福祉士	1人	0人
	看護師	0人	2人
行動援護従事者	強度行動障害支援者養成研修(実践)修了者	1人	5人

※人数は兼務者、有資格者の重複あり

3. 提供するサービス内容と料金、及び利用料(利用者負担額)

(1) 居宅介護サービス

身体介護	保清(入浴、清拭等)の介助、排泄及び食事の介護
家事援助	調理や片付け、洗濯及び掃除などの家事、日常生活の必要物品の買い物
通院等介助	通院等又は官公署ならびに指定相談支援事業所等への移動のための介助、通院先などでの受診等の手続き・移動等の介助(必要とする場合)

(2) 行動援護

行動(行動の前後を含む)の際に生じ得る危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護等を行う。

(3) 前項(1)(2)に付帯するその他必要な介護、家事、相談、助言などの業務

(4) 従業者の禁止行為

- ①医療行為
- ②利用者本人以外の同居家族等へのサービス
- ③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、ペットの世話など)
- ④利用者又はその家族等の金銭(買い物代行時は除く)、貯金通帳、証書、書類等の預り
- ⑤身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(緊急やむを得ない場合を除く)
- ⑥利用者又はその家族等に対する政治活動、営利活動及び社会通念上逸脱した行為

(5) 提供するサービスの料金と利用者負担額

- ①障害者総合支援法に基づくサービス利用料は市区町村が月額利用の上限を定めています。サービスの利用状況により、月々の利用者負担額は変更になることがあります。
- ②事業者が代理受領を行った給付額は、利用者に通知します。
- ③サービス等報酬は別紙料金表の通りです。

(6) 償還払いについて

- ①事業者が居宅介護等の費用の代理受領を行わない場合は、一旦、全額お支払いいただきます。この場合は利用者に「サービス提供証明書」を交付します。
- ②「サービス提供証明書」と「領収証」を添えてお住いの市区町村へ申請するとその費用が支給されます。

(7) 利用者負担の軽減措置について

月額負担上限額の設定や軽減以外にもさまざまな各市区町村独自の負担軽減措置がある場合があります。詳しくは各市区町村へお問い合わせください。

(8) その他費用について

居宅介護等のサービス提供に要する下記の費用は、給付支給の対象ではありませんので、実費をお支払いいただきます。

①交通費

サービス提供中に交通費が必要な場合は、実費をその都度ご負担いただきます。

②利用者宅への交通費

通常の実施地域内は無料です。実施地域外は相談となります。

③食事代

サービス提供中に利用したご本人の飲食代実費、従事者の食費（1食上限500円）

④サービス提供中の交通費、入館料等

交通費や入館料等が必要な場合は、実費をその都度ご負担いただきます。

⑤キャンセル料

利用者は、サービス提供日の7日前までに通知した場合、料金の負担なくサービス利用を中止することができます。それ以降の場合、東京都の最低賃金（毎年変動あり）に予定していた利用時間数を乗じた金額を以下の通り請求いたします。

3～6日目前 最低賃金 × 利用時間数の 30%

1～2日目前 最低賃金 × 利用時間数の 50%

当日、または連絡なし 最低賃金 × 利用時間数の 100%

但し、急な容態の変化や緊急でやむを得ない事情がある場合、キャンセル料は請求しません（キャンセル料は給付の対象外となります）。

(9) 障害福祉サービス適応外のご利用（自費）

別紙、自費料金表をご参照ください。ご利用内容により、別途協議させていただく場合があります。

(10) 利用料等お支払い方法

期日までに下記指定口座へお振込みいただきますようお願いいたします。その際の手数料は、ご利用者負担となります。

多摩信用金庫（金融機関コード：1360）
栄町支店（店番：023） 普通 0617303
氏名：合同会社ああぼ i d s h e n （ド）アアポイドウシェン

4. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化などがあった場合は、緊急時連絡先や救急隊、主治医等へ連絡をいたします。

緊急時 連絡先	氏名	電話	続柄
	住所		
主治医	医療機関名		
	主治医	電話	
	住所		
事業所	ああぼ i d s h e n 担当：西崎 明	電話：042-508-3460 住所：国分寺市西町 4-30-1・104	

5. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご利用者のご家族及び市町村等へ連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

6. サービス内容に関する苦情

- ①当事業所（西崎 明） 電話：042-508-3460
- ②国分寺市障害福祉課 電話：042-325-0111
- ③国立市障害者支援課 電話：042-576-2111
- ④福祉サービス運営適正化委員会 電話：03-5283-7020

高いケアマネジメントの遂行とあらゆるハラスメントの防止、災害や感染拡大などの状態の継続可能な体制構築のため法人として下記に取り組んでいきます。

7. オンラインツールを活用した会議の開催

ご利用者またはその家族の同意がある場合、サービス担当者会議及び入院中のカンファレンスについて、テレビ電話装置等(オンラインツール)を活用して行うことがあります。その際、個人情報の適切な取扱いには十分に留意します。

8. 感染症の予防及び蔓延防止のための措置

感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練(シミュレーション)の実施等にとり組みます。

9. 虐待防止・身体拘束に関する指針

ご利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生、またはその再発を防止、及び身体拘束に関する委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めます。

【説明確認】

居宅介護サービス等の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項を説明しました。

____年 ____月 ____日

事業者： 合同会社ああぼ i d s h e n

事業所： ああぼ i d s h e n

所在地： 国分寺市西町 4 -30-1 セントヒルズ国立第 2 104

説明者： _____

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、サービス提供開始に同意しました。

《利用者名》

住所： _____

氏名： _____ (自署の場合、㊟不要)

《代理人》

住所： _____

氏名： _____ (自署の場合、㊟不要)

続柄： _____