

障害福祉サービス（居宅介護・同行援護）
重要事項説明書

利用者：_____

事業者：_____

1 事業者の概要

名称	株式会社大倉山起業
法人種別	株式会社
法人所在地	横浜市南区前里町1丁目1番地2 レジデンス前里町304
電話番号	045-232-6880
代表者氏名	樋沢 繁幸
法人の沿革・特色	介護保険の他、障害者総合支援法に基づく、居宅介護・移動支援を行っております。また、居住支援法人、自律準備ホーム等での地域への貢献を行っております。連携している医療機関と共に地域に密着したサービスを行っております。
法人が所有する営業所の種類	地域密着型 通所介護…大石デイサービス 通所介護…大石デイサービス寿 訪問介護…大石ヘルパーステーション

2 事業所の概要

事業所名称	大石ヘルパーステーション
事業所の所在地	横浜市中区弥生町4-40-1
事業所の電話番号	045-251-0014
サービス提供地域	中区、南区、磯子区(一部)、西区(一部)
営業時間	午前8:30～午後5:30(日曜日・12/31～1/3 除く)
サービス提供時間	午前8:30～午後8:00(12/31～1/3 は要相談) ※営業時間・サービス提供時間は祝日も営業しております。
事業所番号	1410402661
運営方針	この事業所が実施する事業は、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出来るよう、当該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、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯、掃除その他の家事、生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助、外出時において、当該障害者に同行し、移動に必要な情報を提供するとともに移動の援護その他の便宜を適切かつ効果的に行うものとする。
第三者評価委員	斎藤 庸男 (さいとうクリニック 院長)
	長谷川 幸司 (長谷川歯科医院 院長)
第三者評価による評価	あり
	なし

職員への研修の実施状況	採用時研修(採用後3か月以内)
	継続研修(年1回)

3 事業所の職員体制等

職 種		人 員 と 役 割
管 理 者		1名
		法の基本理念を踏まえた利用者本位のサービス提供を行うため、利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握しながら、従業者及び業務の管理を一元的に行わなければならない、従業者に対して運営に関する基準を遵守させるため、必要な指揮命令を行ないます。
サービス提供責任者		2名
		サービス提供責任者は、居宅介護計画の作成のほか、利用の申込に係る調整、サービス提供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。また、利用者の自己決定の尊重を原則とした上で、利用者から自ら意思を決定することに困難を抱える場合には、適切に利用者への意思決定の支援が行われるように努めます。
サービス提供者	介護福祉士	9名(常勤 5名・非常勤 4名)
	ホームヘルパー1級 実務者研修	6名(常勤 1名・非常勤 5名)
	基礎研修	2名(常勤 0名・非常勤 2名)
	ホームヘルパー2級 初任者研修	10名(常勤 1名・非常勤 9名)

4 主たる対象者

事業者は、主たる対象者を以下のとおりとする

:身体障害者(肢体不自由、視覚障害、聴覚・言語障害、
内部障害、細分なしの別)
知的障害者 精神障害者 難病等対象者 障害児

5 サービスの内容

<居宅介護>

身体介護	居宅における入浴、排泄、食事、服薬等の介助
家事援助	居宅における掃除、洗濯、薬受け取り、買い物等の家事援助

通院等介助	居宅から医療機関への通院及び官公署への相談・手続きや、相談の結果生じた障害福祉サービスの見学に際した外出の支援
-------	---

< 同行援護 >

同行援護	・移動時及びそれに伴う外出先において必要な視覚的情報の支援（代筆・代読を含む。） ・移動時及びそれに伴う外出先において必要な移動の援護 ・排泄・食事等の介護その他外出する際に必要となる援助
------	--

6 利用料金

(1) 介護給付費支給対象サービス利用者負担額

サービスに要した費用の原則1割。ただし、市町村から居宅介護等利用者負担減額の決定を受けている場合は、減額後の額。

月額負担上限額については、各市区町村長が定めた額。

ただし、利用者の身体的理由により1人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合であって、同時に2人のヘルパーによってサービスを提供した場合は、2人分の料金を頂きます。

※事業者が利用者に代わり市区町村から受領した介護給付費の額については、利用者に通知します。

区分	世帯の収入状況	負担上限月額
生活保護	生活保護受給世帯受給世帯	0円
低所得1	市民税非課税世帯でサービスを利用する本人の年収が80万円以下	0円
低所得2	市町村民税課税世帯その他	0円
一般	市町村民税課税世帯で市民税所得割額が16万円未満(18歳未満は28万円)	9,300円 (18歳未満 4600円)
一般	上記以外	37,200円

(2) 交通費

「サービス提供地域」におけるサービス利用については、交通費は無料です。それ以外の地域へのサービス提供につきましては、当事業所の従業者がお伺いするための交通費の実費をいただきます。

(3) 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、至急ご連絡ください。

{ ・ご利用の前日の17時30分までにご連絡いただいた場合 →無料
 { ・上記時間以降については →1000円

(4) その他

利用者のお住まいでサービスを提供するために必要となる水道、ガス、電気、電話等の費用は、ご利用者様にご負担頂きます。

(5) 支払い方法

上記利用料金の支払いは、1ヵ月ごとに計算し、翌月15日までに請求致しますので、末日までにお支払ください。

支払いは、原則として自動口座引き落としで行います。ただし、口座の引き落としが困難な場合は、現金または指定金融機関口座への振込で対応して下さい。

障害福祉サービス(居宅介護・同行援護)料金表

令和8年6月1日 適用

1 利用者負担 下記の料金は、加算以外の単位に地域単価のみプラス

支援内容	利用時間	金額
身体介護 ・ 通院等介助 (身体介護を 伴う場合)	30分	280円(256単位)
	1時間	442円(404単位)
	1時間30分	643円(587単位)
	2時間	733円(669単位)
	2時間30分	826円(754単位)
	3時間	917円(837単位)
	以降30分増すごとに	※91円(83単位～84単位)
家事援助	30分	116円(106単位)
	45分	167円(153単位)
	1時間	215円(197単位)
	1時間15分	261円(239単位)
	1時間30分	301円(275単位)
	1時間45分	340円(311単位)
	以降30分増すごとに	※38円～39円 (35単位)

通院等介助 (身体介護を 伴わない場 合)	30分	116円(106単位)
	1時間	215円(197単位)
	1時間30分	301円(275単位)
	2時間	378円(345単位)
	以降30分増すごとに	※75円～76円(35単位)
同行援護	30分	209円(191単位)
	1時間	330円(302単位)
	1時間30分	477円(436単位)
	2時間	549円(501単位)
	2時間30分	620円(566単位)
	3時間	692円(632単位)
	3時間30分	763円(697単位)
	以降30分増すごとに	※72円～73円(66単位)

加 算	夜間早朝加算	各単位数×25%
	深夜加算	各単位数×50%
	初回加算	月/200単位
	緊急時対応加算	月/100単位
	福祉・介護職員等 処遇改善加Ⅰ(ロ)	居宅・同行/45.6%
	特定事業所加算Ⅱ	10%
負担金の 計算方法	・居宅介護（1ヵ月の総単位数＋特定事業所加算Ⅱ＋処遇改善加算Ⅰ(ロ)）×10.96(地域単価)＝ご利用者様負担(原則1割⇒負担上限月額あり) ・同行援護(基本報酬＋区分負担＋特定事業所加算Ⅱ＋処遇改善加算Ⅰ(ロ)）×10.96(地域単価)＝ご利用者様負担(原則1割⇒負担上限月額あり)	

※障害福祉外サービス提供の費用(全額 自己負担)

障害福祉外のサービスを利用する場合は、別途契約することとします。

1ヵ月あたりのお支払い額の大体の目安(利用時間によって金額が変わります)

円

7 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

ア 居宅介護について介護給付費支給決定を受けた方で、当事業者のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡ください。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、居宅介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。契約の有効期間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受け、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、利用者の心身の状況や生活環境、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 利用者が当事者に対し3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、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。

イ 当事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、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事者が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直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ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、14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、サービスを終了させていただくことがあります。

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くことがあります。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 利用者の居宅介護等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期間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、サービスを終了させていただくことがあります。

(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 緊急時の対応方法

サービスの提供中に利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

【主治医】

医療機関名	
住所	
電話番号	
主治医氏名	

【緊急連絡先】

9 虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、次の措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催とその結果の周知(1年に1回以上)
- (2) 虐待の防止のための研修の定期的な実施(1年に1回以上)
- (3) 虐待防止に関する責任者の選定

虐待防止に関する責任者	●
-------------	---

10 身体拘束の適正化について

- (1) 事業者は、サービスの提供に当たっては、利用者又は他の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、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下「身体拘束等」という。)を行いません。
- (2) 事業者は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録するものとします。
- (3) 事業者は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。
 - ア 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的開催及びその結果について従業者への周知徹底(1年に1回以上)
 - イ 身体拘束等の適正化のための指針の整備
 - ウ 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修の定期的な実施(1年に1回以上)

11 感染症対策について

事業者は、事業所において感染症の発生及びまん延しないように、次の措置を講ずるものとします。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための委員会の定期的な開催及びその結果について従業員への通知
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備
- (3) 事業所において、従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練の定期的な実施

12 業務継続計画の策定について

- (1) 事業者は、感染症や非常災害の発生時においても、利用者に対する必要なサービスを継続的に提供できる体制を構築するための、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ずるものとします。
- (2) 事業者は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的な実施します。

13 この契約に関する苦情・相談窓口

当事業所ご利用者相談・苦情窓口

利用者相談窓口	電 話 番 号	045-262-2749
	ファックス番号	045-262-2761
	相談員(責任者)	事務長
	対 応 時 間	(平日)午前9:00～午後5:00

横浜市中区役所 高齢・障害支援課	所在地 電話番号 FAX 番号 対応時間	横浜市中区日本大通り35 045-224-8165 045-224-8159 月～金曜日 午前8:45～午後5:00 (祝日・休日・12月29日～1月3日を除く)
横浜市南区役所 高齢・障害支援課	所在地 電話番号 FAX 番号 対応時間	横浜市南区浦舟町2-33 045-341-1141 045-341-1144 月～金曜日 午前8:45～午後5:00 (祝日・休日・12月29日～1月3日を除く)
横浜市西区役所 高齢・障害支援課	所在地 電話番号 FAX 番号 対応時間	横浜市西区中央1-5-10 045-320-8417 045-290-3422 月～金曜日 午前8:45～午後5:00 (祝日・休日・12月29日～1月3日を除く)

横浜市磯子区 高齢・障害支援課	所在地 電話番号 FAX 番号 対応時間	横浜市磯子区磯子3-5-1 045-750-2416 045-750-2540 月～金曜日 午前8:45～午後5:00 (祝日・休日・12月29日～1月3日を除く)
かながわ福祉 サービス運営 適正化委員会	所在地 電話番号 FAX 番号 対応時間	横浜市神奈川区反町3-17-2 045-311-8861 045-312-6302 月～金曜日 午前9:00～午後5:00 (祝日・年末年始を除く)
横浜市福祉調整 委員会事務局 (健康福祉局 相談調整課)	所在地 電話番号 FAX 番号 対応時間	横浜市中区本町6-50-10 市庁舎15 階 045-671-4045 045-681-5457 月～金曜日 午前8:45～午後12:00 午後1:00～午後5:00 (祝日・年末年始を除く)
神奈川県国民 健康保険団体 連合会 介護保険課 介護苦情相談係	所在地 電話番号 対応時間	横浜市西区楠木町27-1 045-329-3447 0570-022110(ナビダイヤル) 午前8:30～午後5:15 (土日・祝日・年末年始を除く)

令和 年 月 日

居宅介護利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者（住所）横浜市中区弥生町4-40-1
 （名称）株式会社大倉山起業
 （説明者） 所属大石ヘルパーステーション
 氏名_____

契約書及び本書面により、これからサービスを受ける居宅介護の重要な事項について、事業者から説明を受け、同意しました。

(利用者) 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____

(代理人または立会人等)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____