

アームス在宅支援センター

指定 居宅介護サービス
指定 重度訪問介護サービス

重要事項説明書

当事業所はご契約者様に対して介護サービスを提供します。

事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明致します。

1、 事業所の概要

〔法人名〕	株式会社 ARM'S
〔事業所名〕	アームス在宅支援センター
〔事業所番号〕	1413400233
〔管理者・苦情処理責任者〕	
〔所在地〕	横浜市瀬谷区相沢6-25-5
〔連絡先〕	TEL 045-489-3586 Fax 045-489-3587
〔ホームページ〕	https://arm-s.jp/
〔メールアドレス〕	home-support★arm-s.jp
〔サービス提供地域〕	横浜市瀬谷区・旭区・泉区、戸塚区、保土ヶ谷区、緑区、大和市の一部
〔併設サービス〕	【介護保険サービス】 居宅介護支援・訪問介護 【介護予防・日常生活支援総合事業】 横浜市訪問介護相当サービス 横浜市訪問型生活援助サービス 【障害福祉サービス】 特定相談支援・居宅介護・重度訪問介護 【地域生活支援事業】 移動支援 【児童福祉サービス】 障害児相談支援・放課後等デイサービス 【一般乗用旅客自動車運送事業（福祉限定）】 介護タクシーサービス 【自家用自動車有償運送事業】 福祉有償運送サービス 【自由契約サービス】 生活サポートサービス

2、 事業所職員体制等

(平成 30 年 4 月現在) * () 内は、研修受講者数

管理者	1名 *サービス提供責任者兼務
サービス提供責任者	3名
常勤介護職員	3名(0名)
非常勤介護職員	9名(0名)
計	12名(0名)

3、 営業日および営業時間

営 業 日 : 月曜日から金曜日 9:00～17:00
休 業 日 : 土日祝日・年末年始(12/29～1/3)

4、 サービス内容

事業者は、次のサービス内容区分の中から利用者が選択されたサービスを提供します。

① 居宅介護サービス (障害程度区分が区分1(要支援程度)以上である方が対象)

ア 身体介護

起床・就寝介助・身体の清拭、洗髪、足浴・排泄介助・衣服の着脱、整容
入浴介助・食事介助・体位変換・服薬管理 他

イ 家事援助

調理・洗濯・住居の掃除、整理整頓・買物、薬受取り 他

ウ 身体介護を伴う(伴わない)通院介助

ご自宅から公共交通機関を使用し医療機関で診療し帰宅するまでの移動等の介助

エ 通院等乗降介助

提供者、自らが運転する車両への乗車・降車介助及び、その前後の屋内外における介助

② 重度訪問介護サービス (障害者区分4以上の方が対象)

重度の肢体不自由者、又は重度の知的障がい者若しくは精神障がい者で常に介護は必要な障がい者に、自宅で入浴・排泄・食事等の介助、又、外出時の移動の支援も行います。

※ ご利用できないサービス

自立支援給付費は公費でなっていますので、下記のサービスは支給の対象になりません。

- 同居人がいる方への生活援助(特例があります)
- 大掃除、窓のガラス拭き
- 医療行為
- 草むしり、ベランダの掃除
- 家具、電気器具等の移動、修繕、模様替え
- 正月、節句など特別な手間をかけて行なう調理
- 利用者以外のお部屋の掃除、家事

※ 上記のような公的外サービスをご利用される場合は、**生活サポートサービス**によりお受け致します。

5. 介護計画

1. 事業者は、利用者の受給者証に記載された支給量を踏まえ、利用者の課題と意向を把握し、当該サービスの介護計画を作成します。

2. サービスは、前項の介護計画を利用者に説明し同意を得たうえで提供し、利用者はいつでも介護計画についての変更を求めることができます。

6. 受給者証の確認

1. 事業者は、介護計画に基づき契約支給量を定め、受給者手帳に記載します。
2. 受給者証の更新、記載事項に変更があった場合には、速やかに事業者に変更内容をお知らせ下さい。

7. サービス提供の記録等

1. 事業者はサービスを提供した際に「サービス提供実績記録票」に提供したサービス内容等を記入し、利用者の確認の印を受ける事とします。
2. 事業者は、記録を作成した後、5年間はこれを適正に保存します。
3. 事業者は、請求書と同時にその写しを交付します。

8. 事業者、提供者の義務

(身体的拘束等の禁止) 緊急時を除くサービスにおいて身体的拘束を禁止します。

(身分証携行義務) サービス提供者は、常に身分証を携行します。

(緊急時の対応) 事業者は、利用者の病状の急変が生じた場合は、速やかに救命措置等の必要な措置を講じます。

9. サービス利用料及び支払等

[利 用 料] 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に基づく給付費の1割が利用料金となります。尚、利用料金は関係法令に基づいて定められている為、改定された場合には改定後の金額を適用するものとします。

$$\text{介護給付費} = \text{利用総単位数} \times 10.96 \text{ (横浜市の地域単価 2級地)}$$

[請 求 書] 事業者は、給付費が支給決定された翌月の15日頃に請求書を送付します。

[お支払い] ・口座自動引き落とし = 請求書送付月の27日に引き落とし(土日祝日の場合は、翌営業日)
・クレジットカード払い=カード会社の支払日となります。(支払回数は、1回払い)

[領 収 証] 利用料を徴収した翌月の15日頃に送付します。

[合算請求] 決済不能又は、月遅れ請求の場合は、翌月分と合わせて合算し請求いたします。

[利用者負担額の月額上限]

世帯所得に応じた負担上限額が設定されております。

区分	世帯の所得などの状況		負担上限月額
生活保護	生活保護 (または中国残留邦人等支援法による支援給付) 受給世帯		0円
低所得 1	市民税 非課税世帯	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		その他	0円
一般	市民税 課税世帯	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 4,600 円)
		その他	37,200 円

10. サービス利用料金

① 居宅介護サービス

ア、身体介護

身体介護	所要時間	単位数	自己負担額 (1割負担の場合)
	30分未満	248単位	272円
	30分以上 1時間未満	392単位	430円
	1時間以上 1時間30分未満	570単位	625円
	以降、30分毎	81単位	89円

イ、家事援助

家事援助	所要時間	単位数	自己負担額 (1割負担の場合)
	30分未満	102単位	202円
	30分以上 45分未満	148単位	163円
	45分以上 1時間未満	191単位	210円
	1時間以上 1時間15分未満	231単位	254円
	1時間15分以上 1時間30分未満	267単位	293円
以降、15分毎	34単位	38円	

ウ、通院等介助（身体介護を伴う通院介助）

身体介護を伴う 通院介助	所要時間		単位数	自己負担額 (1割負担の場合)
	30分未満		248単位	272円
	30分以上 1時間未満		392単位	430円
	1時間以上 1時間30分未満		570単位	625円
	以降、30分毎		81単位	89円

エ、通院等介助（身体介護を伴わない通院介助）

身体介護を伴わない 通院介助	所要時間		単位数	自己負担額 (1割負担の場合)
	30分未満		102単位	112円
	30分以上 1時間未満		191単位	210円
	1時間以上 1時間30分未満		267単位	293円
	以降、30分毎		68単位	75円

オ、通院等乗降介助

通院等乗降介助	所要時間	サービス区分	単位数	自己負担額 (1割負担の場合)
	片道（1回）	通院等乗降介助	98単位	108円

運送料金	距離制	1km 250円	時間制	10分 500円
------	-----	----------	-----	----------

※上表の料金設定の基本となる所要時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者の「介護計画書」に定められた目安の時間を基準とします。

② 重度訪問介護サービス

ア、重度訪問介護（病院等に入院又は入所中の障害者（区分6）にサービス提供した場合も含む）

所要時間	単位数	自己負担額 (1割負担の場合)	重度障害者等	区分6 (要介護5程度)
1時間未満	184単位	202円	15%加算	8.5%加算
1時間以上 1時間30分未満	274単位	301円		
1時間30分以上 2時間未満	365単位	400円		
2時間以上 2時間30分未満	456単位	500円		
2時間30分以上 3時間未満	548単位	601円		
3時間以上 3時間30分未満	638単位	700円		
3時間30分以上 4時間未満	730単位	800円		
4時間以上 30分増すごとに	85単位	94円		
12時間以上 30分増すごとに	80単位	88円		
16時間以上 30分増すごとに	86単位	95円		
20時間以上 30分増すごとに	80単位	88円		

イ、移動介護加算

所要時間	単位数	自己負担額 (1割負担の場合)	重度障害者等	区分6 (要介護5程度)
1時間未満	100単位	110円	15%加算	8.5%加算
1時間以上 1時間30分未満	125単位	137円		
1時間30分以上 2時間未満	150単位	165円		
2時間以上 2時間30分未満	175単位	192円		
2時間30分以上 3時間未満	200単位	220円		
3時間以上	250単位	274円		

※上表の料金設定の基本となる所要時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者の「介護計画書」に定められた目安の時間を基準とします。

10-2 加算料金

① 介護職員処遇改善加算 I

- ・介護職員の賃金改善に要する為の加算がされます。

$$\begin{aligned} & \text{総単位数} \times 30.3\% \text{ (居宅介護)} \\ & \quad 19.2\% \text{ (重度訪問介護)} \end{aligned}$$

② 緊急時対応加算(100単位)

- ・計画書に位置付けられていないサービスを利用者からの要請を受け24時間以内に行った場合に1月に2回を限度で加算されます。

③ 初回加算(200単位)

- ・サービス提供責任者が初回サービス月にサービスを行った場合又は同行した場合に、1月につき加算されます。

④ 福祉専門職員等連携加算(564単位) 居宅介護サービス対象

- ・サービス提供責任者が他のサービス事業所、指定障害者支援施設、医療機関等の専門職（国家資格を有する者）と連携し、利用者の心身の状況等の評価を共同で行い、且つ、居宅介護計画を作成し、計画に基づく居宅介護を提供した場合に、サービス初日から起算して90日間で3回を限度で加算されます。

⑤ 行動障害支援連携加算(584単位) 重度訪問介護サービス対象

- ・サービス提供責任者が「支援計画シート」及び「支援手順書 兼 記録用紙」の作成者と連携し、ご利用者様のアセスメントを共同で行った際に、サービス初日から起算して30日間で1回を限度に加算されます。

⑥ 時間帯加算

- ・下記、時間帯でのサービス提供の際は、次の割合が加算されます。

サービス提供時間帯	加算率
早朝（6時～8時）	25%増
夜間（18時～22時）	25%増
深夜（22時～6時）	50%増

⑦ 2人の訪問介護員によるサービスの加算

障害者等の身体的理由により、2人の提供者が共同でサービスを行う必要があると支給決定された場合、2人分の料金となります。

- * 障害支援区分6の利用者に対し、新規に採用した提供者により支援が行われる場合において、熟練した提供者が同行した場合は、それぞれに所定単位数の100分の85を算定します。（120時間以内に限る）

10-3 その他の料金(交通費等)

サービスの提供上、必要な費用については実費を徴収します。

又、当事業所の通常の実施地域（横浜市、大和市）を超えて行うサービスに要した交通費は、実費を徴収します。尚、当事業所の車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収致します。

- ・事業所から片道 1km未満 100円 *以降1km毎に100円

11、 キャンセル

サービスをお休みする場合には、サービス利用の前日の**12時**までにご連絡ください。

12、 損害賠償

事業者は、サービスの提供にあたり提供者等の過失により利用者の身体・財物に損害を与えた場合は、事業者の契約する賠償責任保険の規定によりその損害を賠償いたします。

ただし、提供者等の過失によらない場合は、この限りではありません。

加入保険会社 あいおいニッセイ同和損保 種類 「 介護保険・社会福祉事業者総合保険 」

13、 苦情対応、相談窓口

1、事業者は、苦情の申し立てがあった場合は迅速かつ誠実に対応します。

又、それを理由として利用者に不利益な取扱いをすることはありません。

- ・苦情受付窓口（担当者） 管理者：
- ・受付時間：月曜日～金曜日（9時00分～17時00分）

2、サービスに関する相談や苦情については当事業所以外でも、次の窓口で対応致しております。

横浜市瀬谷区役所 高齢・障害支援課	横浜市瀬谷区二ツ橋町190 045-367-5715
横浜市健康福祉局 障害福祉課	横浜市中区日本大通18 KRCビル6階 045-671-2401
大和市健康福祉部 障がい福祉課	大和市鶴間1-31-7 046-260-5665
横浜市福祉調整委員会	横浜市中区港町1-1 045-671-4045
かながわ福祉サービス運営適正化委員会	横浜市神奈川区鶴屋町2-24-2 かながわ県民センター14階 045-317-2200

14、お願い

利用者と事業者との健全な関係を保つ為、以下に挙げる項目のご協力とご理解をお願い申し上げます。

- 1、サービス品質確保の為、種類・頻度により複数の提供者で対応させていただきます。
- 2、交通事情等によりサービス開始時間が遅延することがございます。
- 3、事業者、提供者への金品の提供はお断りさせていただきます。

以上

* 重要事項の説明の証として本書2通を作成し、各署名捺印の上、各1通を保持する *

平成 年 月 日

サービス契約の締結に当り、重要事項の説明を行い本書1通の交付をしました。

説明者

印

サービス契約の締結に当り、重要事項の説明を受け、本書1通の交付を受けました。

氏 名:

印

代理人又は立会人 本人との続柄 ()

氏 名:

印