

障害福祉サービス(居宅介護、重度訪問介護、同行援護)

重要事項説明書

(令和6年4月1日現在)

1. 事業者

| | |
|-----------------|--|
| 名称 | 特定非営利活動法人 ユーアイやちよ |
| 所在地 | 八千代市八千代台西 8-16-1 |
| 電話番号 | 047-482-4109 |
| 代表者氏名 | 代表 網干 勝 |
| 設立年月 | 平成 13 年 2 月 |
| 法人が所有する事務所と事業内容 | 八千代台事務所 (1)介護保険の居宅介護支援、訪問介護、第1号訪問事業 (2)障害福祉サービス (3)車両による移動サービス (4)制度外の居宅介護 勝田台事務所 (1)介護保険の居宅介護支援、訪問介護、第1号訪問事業 (2)制度外の居宅介護 |

2. 事業所の概要

| | |
|--------------|---|
| 事業所番号と指定日 | 事業所番号 千葉県 1210400063 居宅介護、重度訪問介護 平成30年 10 月 1 日更新指定 同行援護 平成29年 10 月 1 日更新指定 |
| 事業所の名称 | NPO ユーアイやちよ |
| 事業所の所在地 | 八千代市八千代台西 8-16-1 |
| 電話番号 | 047-482-4109 |
| 管理者氏名 | 小川 千晴 |
| 事業所の運営方針について | 利用者の身体その他の状況およびその置かれている環境に応じて介護、家事援助、外出の介護等、自立した生活を営むための援助を適切に行う。 |
| 事業実施地域 | 八千代市全域、千葉市花見川区、習志野市東習志野、佐倉市西志津 |

3. 営業時間

| | |
|-----------|----------------------------------|
| 営業日 | 月曜日～金曜日 但し、祝日、年末年始(12/30～1/3)を除く |
| 受付時間 | 月～金 9時～17時 電話などにより24時間連絡可 |
| サービス提供日 | 年中無休 |
| サービス提供時間帯 | 8時～18時 |

4. 事業所の職員体制

| 職種 | 常勤(人) | 非常勤(人) | 資格等 |
|-----------|-------|--------|--|
| 管理者 | 1 | 0 | サービス提供責任者兼務 |
| サービス提供責任者 | 2 | 1 | 介護福祉士3名、同行援護2名 |
| 事務員 | 1 | 0 | |
| ヘルパー | 0 | 29 | 介護福祉士5名、基礎研修2名、ヘルパー1級1名、初任者研修1名、ヘルパー2級16名、同行援護5名 |

5. 提供するサービスの内容

- (1)居宅介護等の計画の作成
- (2)身体介護に関する内容

| | |
|-----------|------------------------------|
| ア 食事の介護 | オ 身体の清拭、洗髪 |
| イ 排泄の介護 | カ 通院等の介助((4)の事業として実施するものを除く) |
| ウ 衣類着脱の介護 | キ その他必要な身体の介護 |
| エ 入浴の介護 | |
- (3)家事援助に関する内容

| | |
|---------------|-------------|
| ア 調理 | エ 生活必需品の買い物 |
| イ 衣類の洗濯、補修 | オ 関係機関との連絡 |
| ウ 住宅等の掃除、整理整頓 | カ その他必要な家事 |
- (4)通院等乗降介助
- (5)重度訪問介護に関する内容

| | |
|------------|-------------------|
| ア (2)の身体介護 | ウ 外出時の介護(身体介護を伴う) |
| イ (3)の家事援助 | |
- (6)同行援護に関する内容

| | |
|--|--|
| ア 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) | |
| イ 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 | |
| ウ 排泄・食事等の介護その他外出する際に必要となる援助 | |
- (7)前各号に掲げる便宜に付帯する便宜

(2)から(6)に付帯するその他必要な介護、家事、相談、助言

6. 利用料金

(1)支援費支給対象サービス利用者負担額

①利用者本人(原則1割負担)または扶養義務者の負担能力に応じ、国が定めた上限額。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等で、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人分の料金をいただきます。

②初回加算

新規に介護サービス計画を作成した利用者に対して、初回に実施した介護サービスと同月内に、サービス提供責任者が、自ら介護サービスを行う場合又は他のヘルパーが介護サービスを行う際に同行訪問した場合は、当該月につき200単位(2,756円)が加算されます。なお、介護サービスを暦月(月の初日から末日まで)で2ヶ月以上休止した後に再開した場合は初回とみなされます。

③緊急時対応加算

利用者やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者又はその他のヘルパーが居宅サービス計画にない介護サービスを行った場合の料金は、1回につき100単位(1,378円)が加算されます。

(2)交通費

上記2で示した「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、当事業所の従業員がお伺いするための交通費の実費をいただきます。(車の場合は20円/km、バイクの場合は10円/kmのガソリン代)

(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19時までにご連絡いただいた場合 | 無料 |
| ご利用の前日19時までにご連絡いただかなかった場合 | 1,000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、及び買物時に訪問介護員の車又はバイクを使用した場合のガソリン代(車20円/km、バイク10円/km)は、利用者にご負担いただきます。

(5)支払方法

上記利用料金は、1ヶ月ごとに計算し、翌月15日頃までに請求しますので、口座振替によりお支払ください

- ① ゆうちょ銀行総合口座振替によるお支払い
引落日は毎月25日ですので、その前営業日までに入金して下さい。
- ② その他の銀行口座振替によるお支払い
引落日は請求日の翌月の5日ですので、その前営業日までに入金して下さい。
- ③ 銀行口座をお持ちでない等、特別の事情がある場合はお申し出ください。

7. サービスの利用方法

(1)サービスの利用開始

- ① 障害福祉サービス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。
- ② サービス利用が決定した場合は契約を締結し、居宅介護等計画を作成して、サービスの提供を開始します。
- ③ 障害福祉サービス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

- ① 利用者が当事業者に対し7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
- ② 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直ちにこの契約を解除することができます。
- ③ 利用者がサービス利用料金の支払いを3カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、7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くことがあります。
- ④ 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。

(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。

- ① 利用者が施設に入所した場合
- ② 障害福祉サービスの支援費支給期間が終了し、その後支給決定がない場合(所定の期間の経過をもって終了します。)
- ③ 利用者が亡くなった場合

8.虐待防止に関する事項

当会は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、虐待防止のための指針を整備すると共に、委員会を定期的開催し、従業員への研修を実施する等の措置を実施し、それらを適切に実施するための担当者を設置します。

9. 緊急時の対応方法

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 | |

【ご家族等緊急連絡先】

| | |
|------|--|
| 氏 名 | |
| 住 所 | |
| 電話番号 | |
| 続 柄 | |

9. この契約に関する苦情・相談窓口

当事業所ご利用相談・苦情窓口

| | |
|------|---------------------------|
| 担当者 | 小川 千晴 |
| 電話番号 | 047-482-4109(緊急時 24時間対応可) |
| 受付時間 | 午前9時～午後5時 |

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

| | |
|------|--------------|
| 担当部署 | 八千代市 障害者支援課 |
| 電話番号 | 047-483-1151 |
| 受付時間 | 午前8時30分～午後5時 |

令和 年 月 日

指定障害福祉サービスの提供を開始するに当たって、本書面に基つき重要事項の説明を行いました。
(事業者)

所在地 八千代市八千代台西8-16-1
名 称 特定非営利活動法人ユーアイやちよ
代表者 代表理事 網干 勝

説明者氏名

私は、本書面に基つき事業者から重要事項の説明を受け、指定障害福祉サービスの提供を受けることに同意しました。

利用者 住所

氏名

(代理人) 住所

氏名