

株式会社 てとてと

指定居宅介護・重度訪問介護重要事項説明書

この重要事項説明書は、サービス提供開始にあたり、社会福祉法（昭和 26 年法律第 45 号）第 76 条及び第 77 条の規定に基づき、当施設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説明するものです。

1. サービスを提供する事業者

|         |                         |
|---------|-------------------------|
| 名 称     | 株式会社 てとてと               |
| 所 在 地   | 兵庫県伊丹市鴻池 4 丁目 1 0 番 1 号 |
| 電 話 番 号 | 0 7 2 - 7 7 9 - 3 3 6 1 |
| 代表者氏名   | 代表取締役                   |
| 設 立 年 月 | 平成 2 4 年 9 月 3 日        |

2. 利用施設

|           |                                                               |
|-----------|---------------------------------------------------------------|
| サービスの種類   | 居宅介護<br>平成 2 5 年 1 月 1 日指定<br>重度訪問介護<br>平成 2 5 年 1 月 1 日指定    |
| 事業所の名称    | てとてと訪問介護事業所                                                   |
| 事業所の所在地   | 兵庫県伊丹市鴻池 4 丁目 1 0 番 1 号                                       |
| 電 話 番 号   | 電話番号 0 7 2 - 7 7 9 - 3 3 6 1<br>ファックス 0 7 2 - 7 7 9 - 3 3 6 1 |
| 施 設 長     |                                                               |
| 管 理 者     |                                                               |
| サービス提供責任者 |                                                               |
| サービスの実施地域 | 伊丹市                                                           |
| 主たる対象者    | 身体障害者                                                         |
| 開設年月日     | 平成 2 5 年 1 月 1 日                                              |
| 事業所番号     | 2 8 1 3 0 0 8 1 7                                             |

3. サービスの目的・運営方針

|     |                                                         |
|-----|---------------------------------------------------------|
| 目 的 | 障害者が居宅にてにおいて自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう入浴、排泄及び食事等の介護、調理、 |
|-----|---------------------------------------------------------|

|      |                                                                        |
|------|------------------------------------------------------------------------|
|      | 洗濯及び掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言並びにその他の生活全般にわたる援助を行います。                        |
| 運営方針 | 関係法令を遵守し、障害者が必要なときに必要な障害福祉サービスの提供ができるよう努めるものとする。また、他の社会資源との密接な連携に努めます。 |

#### 4. サービスに係る事業所・設備等の概要

##### (1) 事業所・設備等

|       | 部屋数 | 備 考  |
|-------|-----|------|
| 相 談 室 | 1 室 | 洗面設備 |

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し以上の事業所・設備を設置しています。

#### 5. サービス提供職員の設置状況

| 職 種       | 員数  | 常 勤 |    | 非常勤 |    | 常勤換算 | 備 考 |
|-----------|-----|-----|----|-----|----|------|-----|
|           |     | 専従  | 兼務 | 専従  | 兼務 |      |     |
| 管 理 者     | 1   |     | 1  |     |    | 1    |     |
| サービス提供責任者 | 1   |     | 1  |     |    | 1    |     |
| 登録ヘルパーなど  | 1 5 |     |    | 1 5 | 6  | 8    |     |

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し指定障害福祉サービスを提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

※ 常勤換算とは・・・

職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

##### (ア) 各職種の勤務体系

| 職 種       | 勤務体系                                       |
|-----------|--------------------------------------------|
| 管理者       | 正規の勤務時間帯（9:00～16:00）                       |
| サービス提供責任者 | 正規の勤務時間帯（7:00～9:00・9:00～16:00・16:00～20:00） |
| ヘルパー      | 正規の勤務時間帯（7:00～9:00・9:00～16:00・16:00～20:00） |

※ 日・月・祝日の翌日は上記と異なります。

##### (イ) 営業日と営業時間

| 営業日     | 営 業 時 間                                        |
|---------|------------------------------------------------|
| 営 業 日   | 月曜日から日曜日までとする。<br>ただし、国民の祝日、12月29日から1月3日までを除く。 |
| 営 業 時 間 | 9：00～18：00。                                    |

|          |                     |
|----------|---------------------|
| サービス提供日  | 年中無休                |
| サービス提供時間 | 7 : 0 0 ~ 2 0 : 0 0 |

※ 上記の営業日、営業時間のほか、電話等により常時連絡が可能な体制とする。

## 6. サービス提供の内容

### (1) 居宅介護等計画（個別支援計画）の作成

### (2) 各サービスの内容

| サービス名称 | サービス内容                                                        |
|--------|---------------------------------------------------------------|
| 居宅介護   | 自宅で、入浴、排泄、食事の介護等を行います。<br>又、病院への通院のための介助を行います。                |
| 重度訪問介護 | 重度の肢体不自由者で常に介護を必要とする人に、自宅で入浴、排泄、食事の介護、外出時における移動支援などを総合的に行います。 |

### (3) その他必要な生活等に関する相談、助言

## 7. 利用料金

### (1) 介護給付費対象サービス内容の料金

介護給付費によるサービスを提供した際は、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める額）のうち 9 割が介護給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費等の給付を市町から直接受け取る（代理受領する）場合、利用者負担分として、サービス利用料金全体の 1 割の額を事業者にお支払いただきます。（定率負担または利用者負担額といいます）

なお、定率負担または利用者負担額の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

### (2) 介護給付費対象外サービス内容の料金

上記「6. (2)サービス提供の内容 (4)介護給付費対象外サービス内容」の項目をご参照ください。

### (3) サービス利用の取り消し料金

利用者がサービス利用の取り消し（キャンセル）する場合は、利用予定日の前日午後 4 時までに当事業所までお申し出ください。

尚、サービス利用日の前日午後 4 時までに申出のない場合は、キャンセル料を頂く場合があります。

|        |            |
|--------|------------|
| キャンセル料 | サービス利用料金全額 |
|--------|------------|

### (4) 利用料金のお支払方法

前記(1)(2)(3)の料金は 1 ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、20 日ま

でに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

① 当事業所窓口での現金支払い

② 下記指定口座への振込み

尼崎信用金庫 鴻池支店 普通預金 4 0 4 6 2 4 2

## 8. 利用者の記録及び情報の管理等

(1) 事業者は、法令に基づいて利用者の記録及び情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。また、記録及び情報については契約の終了後 5 年間保管します。

※閲覧、複写ができる窓口業務時間は、午前 9 : 0 0 ~ 午後 5 : 0 0 です。

(2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法にそった対応を行います。但し、サービス提供を行う上での他事業所及び医療機関等との連絡調整や市町及び関係機関に情報提供を要請された場合は利用者の同意（「個人情報使用同意書」による）に基づき情報提供を致します。

## 9. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに医療機関への連絡等を行います。

|               |                                                  |
|---------------|--------------------------------------------------|
| 利用者のかかりつけ医療機関 | 医療機関名：<br>診 療 科：<br>主 治 医：<br>所 在 地：<br>電 話 番 号： |
| 緊急連絡先①        | 住 所：<br>電話番号：<br>氏 名：<br>続 柄：                    |
| 緊急連絡先②        | 住 所：<br>電話番号：<br>氏 名：<br>続 柄：                    |

## 10. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望・苦情等申立先

|                 |                                                                                                     |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当事業所<br>ご利用相談窓口 | 窓口担当者<br>ご利用時間 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0<br>電話番号 0 7 2 - 7 7 9 - 3 3 6 1<br>F A X 0 7 2 - 7 7 9 - 3 3 6 1 |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                |                                                      |
|----------------|------------------------------------------------------|
|                | 担当者が不在の場合は、事業所事務所までお申し出ください。                         |
| 伊丹市役所<br>障害福祉課 | 所 在 地：兵庫県伊丹市千僧 1 丁目 1 番地<br>電話番号：0 7 2－7 8 4－8 0 3 2 |

(2) 虐待防止に関する相談窓口

|                      |                                                                                                      |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 虐待防止に<br>関する<br>相談窓口 | 窓            口            伊丹市障害福祉課<br>ご利用時間      9：00～    17：00<br>電話番号          0 7 2－7 8 4－8 0 3 2 |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|

11. 協力医療機関

|         |                      |      |   |
|---------|----------------------|------|---|
| 医療機関の名称 | 伊丹市立伊丹病院             |      |   |
| 医院長名    | 病院事業管理者              |      |   |
| 所 在 地   | 伊丹市昆陽池 1 丁目 1 0 0 番地 |      |   |
| 電話番号    | 0 7 2－7 7 7－3 7 7 3  |      |   |
| 診 療 科   | 内科、外科、歯科             | 入院設備 | 有 |

上記の他、各専門医に協力依頼しております。

年      月      日

指定障害者福祉サービス居宅介護事業・重度訪問介護事業の提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名   ：てとてと訪問介護事業所  
説明者職名：施設長  
氏      名   ：

-  
私は、本書面に基づいて事業者から指定障害福祉サービス居宅介護事業・重度訪問介護事業の提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者住所：

氏 名：

印

代理人住所：

氏 名：

印

続 柄：