

重 要 事 項 説 明 書

障害者総合支援法

1 サービスの目的

居宅において生活する障害者（児）に対し、その置かれている環境に応じて、自立した生活を営むことができるよう、適切な指定居宅介護及び指定重度訪問介護、指定同行援護（以下「居宅介護等という。」）を提供する事を目的とします。

2 会社概要

- | | |
|-----------|--|
| (1) 法 人 名 | 有限会社ラスター |
| (2) 所 在 地 | 広島県呉市広本町三丁目 1 番 3 2 号－2 0 1 |
| (3) 電 話 | (0 8 2 3) 3 6—7 2 8 1 |
| (4) F A X | (0 8 2 3) 3 6—7 2 8 2 |
| (5) 代 表 者 | 松 井 小 路 |
| (6) 設 立 | 平成16年 9 月10日 |
| (7) 事業内容 | 訪問介護（介護保険）、日常生活支援総合事業
居宅介護、重度訪問介護、地域生活支援
訪問看護、居宅介護支援 |

3 事業所概要

別表1に記載する。

4 サービス内容

(1) 身体介護

- 入浴介助・・・自宅の風呂で入浴・洗髪・体洗い・入浴に順に介助、イス・手すり・滑り止めマットを利用して安全、快適に入浴介助をします。
- 排泄介助・・・自宅便所への介助・ポータブルトイレでの介助・オムツ交換・陰部洗浄の介助をします。
- 食事介助・・・食事の時ベッドから食卓への移動、呑み込みの悪い利用者には時間をかけゆっくり食事介助をします。
- 体位変換・・・床ずれ防止に体の向きを変える、痰の出やすい体位にします
- 清 拭・・・体調が悪く入浴出来ない時、ベッド上で顔・手・体・足を温かいお湯で拭きます
- 整容介助・・・整髪・朝の着替え、汗をかいた後の着替え、寝る前の着替えの介助をします
- 移動介助・・・トイレに行く時、転倒しない様に介助、かかりつけ医への定期的な受診の付添いをします

(2) 家事援助

調理・・・御利用者の食事

(普通食の調理・柔らかい食の調理・トロミを加えた調理)

洗濯・・・御利用者の衣類・シーツ等

掃除・・・御利用者の寝起きする部屋

買物・・・御利用者の日常生活に必要な物

※御利用者を対象としたサービスに限らせて頂きます

5 居宅従業者

(1) 居宅従業者とは、御利用者に居宅介護等を提供する訪問介護事業所ラスター（以下「ラスター」という。）の職員であり、主に居宅介護等従業者とサービス提供責任者が該当します。

(2) 御利用者の担当になる職員は複数名用意いたします。選任はラスターが行い御利用者が職員を指定することはできません。

(3) 担当職員の変更を希望される場合は、業務上不適当と判断した理由を明確にして事業所に申し出てください。

6 事業の実施地域

呉市（倉橋町、豊浜町、豊町は除く。）、東広島市黒瀬地区、安芸郡熊野町

7 営業日と営業時間

(1) 月曜日～日曜日迄（9：00～18：00）

(2) 8月14日～16日及び12月30日～1月3日は休業日とする。

8 利用料金等

(1) 居宅介護等の利用料は別表2のとおりです。

(2) 居宅介護等を提供した際は、御利用者又は御利用者の保護者から市町が定める負担上限月額範囲内において利用者負担額をお支払いいただきます。

(3) 法定代理受領を行わない居宅介護等を提供した際は、利用料金の全額をお支払いいただきます。（尚、ラスターから「サービス提供証明書」を発行しますので、市町から利用者負担金を除く金額の払い戻しを受けてください。）

(4) 通常の事業の実施地域を越えて行う居宅介護等に要した交通費は、通常の事業の実施地域を越えた地点からその実費をお支払いいただきます。自動車を使用した場合は、通常実施地域を越えた地点から路程1キロメートル当たり25円を交通費として実費を負担していただき、また、船舶・有料道路等は別途実費を負担していただきます。

(5) 御利用者又は御利用者の保護者から費用の支払いを受けた場合は、当該費用に係る領収書を交付します。

9 キャンセル料金

御利用者は、事業者から居宅サービス等の提供を受けたときは8項の記載に従い、事業者に対し利用者負担金を支払います。指定期日までに居宅サービス利用の中止を申し入れなかった場合、御利用者は事業者へキャンセル料を支払うものとします。ただし、体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。尚、期日等は下記の内容を原則とします。

キャンセルの期日	料 金
前日の18時まで	不 要
前日の18時以降及び当日	一律 1,000円

10 緊急時における対応方法（様式1）

事業所の居宅従業者は、居宅介護等の提供を実施中に御利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医に連絡をする等の措置を講ずると共に、管理者に報告をおこないます。ただし、主治医への連絡等が困難な場合は、医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

連絡表は別紙でご確認ください。

11 虐待防止のための対応措置

御利用者の人権擁護、虐待防止のために事業所の整備をおこなうとともに居宅従業者に対し研修を実施する等の措置を講じます。

12 苦情等の受付及び事故対応について(様式2)

(1) ラスターの苦情等受付窓口

担当者 (管理者－ 麓 治 美)

受付時間 (月曜～日曜迄 9:00 ～ 18:00)

連 絡 先 TEL / (0 8 2 3) 7 6 - 4 9 3 9

FAX / (0 8 2 3) 7 6 - 4 9 0 1

(2) 関係行政機関等

呉市障害福祉課 支援 G (0 8 2 3) 2 5 - 3 5 2 3

東広島市健康福祉部・障がい福祉課 (0 8 2) 4 2 0 - 0 1 8 0

安芸郡熊野町社会福祉課 (0 8 2) 8 2 0 - 5 6 3 5

広島県福祉サービス運営適正委員会 (0 8 2) 2 5 4 - 3 4 1 9

広島県国連合会介護福祉課 (0 8 2) 5 5 4 - 0 7 8 2

1 3 秘密の保持と個人情報の保護

ラスターの居宅従業者は、業務上知り得た御利用者及びその家族の秘密及び個人情報等を保持し漏らしません。

1 4 契約の終了について

契約の有効期間は、契約締結の日から御利用者の支給決定期間満了日までですが、満了日前に契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続して居宅サービス等を利用することができますが、仮に次のような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

(1) 御利用者からの解約・契約解除の申し出

事業所が契約に反する事が無い限り 3 日以上予告期間を設けることにより事業者に対しいつでもこの契約の解約を申し出ることができます。以下の事項に該当する場合は、即時契約終了をお受けいたします。

- ① 給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できないばあい
- ② 御利用者が入院されたばあい
- ③ 御利用者に係る居宅サービス計画（ケアプラン）が変更されたばあい
- ④ 事業者もしくは居宅従事者が正当な理由なく本契約に定める居宅サービス等の実施をしないばあい
- ⑤ 事業者もしくは居宅従事者が守秘義務に違反したばあい
- ⑥ 事業者もしくは居宅従事者が故意又は過失により御利用者の身体・財物・尊厳等を傷つけ、又は著しい背任行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められるばあい

(2) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を終了させていただくことがあります。

- ① 御利用者による、サービス利用料金の支払いが 3 か月以上遅延し、1 ヶ月の期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われないばあい
- ② 御利用者が、故意又は重大な過失により事業者又は居宅従事者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい迷惑行為及び背任行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせたばあい

(3) 契約の終了に伴う援助

契約が終了する場合には、事業者は御利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

1 5 損害賠償について

事業者の責任により御利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。ただし、その損害の発生について、御利用者に故意又は過失が認められる場合には、御利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じるばあいがあります。

事業所概要【令和 7 年 8 月 1 日現在】

名 称	訪問介護事業所ラスター			
所 在 地	広島県呉市広本町三丁目 1 番 3 2 号－1 0 1			
電 話	(0 8 2 3) 7 6－4 9 3 9			
F A X	(0 8 2 3) 7 6－4 9 0 1			
指定月日	平 成 1 8 年 1 0 月 1 日			
実施サービス	居宅介護・重度訪問介護			
事業所番号	3 4 1 0 5 0 0 5 7 7			
	常勤	非常勤	計	資格等
管理者	1 名		1 名	介護福祉士
サービス 提供責任者	1 名		1 名	介護福祉士
居宅介護員等	2 名	6 名	8 名	介護福祉士
居宅介護員等		2 名	2 名	初任者研修 ・看護師含む

【居宅介護・日中時間帯におけるサービス利用料】

○利用料金（令和 6 年 4 月 1 日から）

	サービス提供時間	利用料
1 家事 援助	30分未満	1,060円
	30分以上45分未満	1,530円
	45分以上1時間未満	1,970円
	1時間以上1時間15分未満	2,390円
	1時間15分以上1時間30分未満	2,750円
	1時間30分以上	3,110円に30分増し 350円加算
2 身体 介護 (通院介助含む)	30分未満	2,560円
	30分以上1時間未満	4,040円
	1時間以上1時間30分未満	5,870円
	1時間30分以上2時間未満	6,690円
	2時間以上2時間30分未満	7,540円
	2時間30分以上3時間未満	8,370円
	3時間以上	9,210円に30分増し 830円加算

※利用者負担額は、月ごとの上限負担額がありますので手帳の記載内容をご確認下さい。

※特定事業所加算Ⅱの加算対象となりますので、基本料金に10%加算されます。

○その他加算料金

介護職員等処遇改善加算Ⅰ	利用料金×41.7%
初回加算※初回のみ	2,000円
利用者負担上限管理加算	1,500円（月1回限度）
緊急時訪問介護加算 ※緊急の要請より24時間以内	1,000円（1回につき）
喀痰吸引等支援体制加算	1,000円（1日につき）
福祉専門職員等連携加算 ※専門職との訪問日から起算して90日（3回限度）	5,640円（1回につき）

※令和 6 年 6 月 1 日より

○時間外の割増について

割増項目	時 間 帯	※日中料金に加算
早 朝 時 間	6:00～8:00	25%割増
夜 間 時 間	18:00～22:00	25%割増
深 夜 時 間	22:00～6:00	50%割増

* 呉市は地域区分 7 級地（3 %）です。

* 御利用者又はその家族からの要請を受け、必要に応じて緊急的なサービス提供を行った場合は、緊急時訪問介護加算 1,000 円が加算されます。

* 喀痰吸引等支援を受けられている利用者さまは、基本料金と 1,000 円／日が利用料金となります。

【重度訪問 日中時間帯におけるサービス利用料】

○利用料金改定（令和 6 年 4 月 1 日から）

3 重 度 訪 問 介 護 (Ⅲ)	1 時間未満	1, 8 6 0 円
	1 時間以上 1 時間 3 0 分未満	2, 7 7 0 円
	1 時間 3 0 分以上 2 時間未満	3, 6 9 0 円
	2 時間以上 2 時間 3 0 分未満	4, 6 1 0 円
	2 時間 3 0 分以上 3 時間未満	5, 5 3 0 円
	3 時間以上 3 時間 3 0 分未満	6, 4 4 0 円
	3 時間 3 0 分以上 4 時間未満	7, 3 6 0 円
	4 時間以上 8 時間未満	8, 2 1 0 円に 30 分増し 8 5 0 円加算

※利用者負担額は、月ごとの上限負担額がありますので手帳の記載内容をご確認下さい。

※重度訪問介護Ⅰ（Ⅲの利用料×1.5%増加）、人工呼吸器等の呼吸管理の対象者

※重度訪問介護Ⅱ（Ⅲの利用料×8.5%増加）、重度知的障害対象者

※病院等に入院、入所中の障害者にサービス提供を行った場合も同料金です。

○その他加算料金

移動介護加算（重度訪問介護）	1 時間未満・1, 0 0 0 円
	1 時間半未満・1, 2 5 0 円
	2 時間未満・1, 5 0 0 円
	2 時間半未満・1, 7 5 0 円
	3 時間未満・2, 0 0 0 円
	3 時間以上・2, 5 0 0 円
移動介護緊急時支援加算	2, 4 0 0 円（1 日につき）（重度）
行動障害支援連携加算 ※専門職との訪問日から起算して 30 日（1 回限度）	5, 8 4 0 円（1 回につき）（重度）
初回加算※初回のみ	2, 0 0 0 円
利用者負担上限管理加算	1, 5 0 0 円（月 1 回限度）
緊急時訪問介護加算 ※緊急の要請より 24 時間以内	1, 0 0 0 円（1 回につき）
喀痰吸引等支援体制加算	1, 0 0 0 円（1 日につき）

※令和 6 年 6 月 1 日より

居宅介護等サービス利用説明に関する契約同意書

有限会社ラスターは、重要事項説明書に基づいて、居宅介護等サービスの内容及び重要事項の説明を行いました。

本書交付を証するため、本書を2通作成し、有限会社ラスター、御利用者（またはその代理人）は、記名捺印の上、各1通を保管するものとします。

令和 年 月 日

住 所 広島県呉市広本町三丁目1番32号・201
事業者（法人）名 有限会社ラスター
事業所名 訪問介護事業所ラスター
(事業所番号) 3410500577
代表者名 松井 小路 印

説明者氏名 _____ 印

私は、重要事項説明書に基づいて、居宅介護等サービス等の内容、キャンセル料金及び重要事項説明を受けた内容について同意のうえ、交付を受けました。

御利用者様 住所 _____

氏名 _____ 印

電話番号 () —

ご家族様 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人（御利用者さまとの続柄： _____）

住所 _____

氏名 _____ 印

☐ 立会人

☐ 署名代行人（該当するものにチェック）

住所 _____

氏名 _____ 印