

障害者自立支援居宅介護重要事項説明書

1 事業者の概要

令和 7 年 9 月 1 日 改正

名称	静 和 会
法人種別・名称	社会福祉法人
法人所在地	島根県出雲市大津町 3529 番地
電話番号	(0853) 22-8706
代表者氏名	理事長 原 啓太
法人の沿革・特色	第一種社会福祉事業及び二種社会福祉事業実施
法人が所有する 営業所の種類・数	特別養護老人ホーム 短期入所生活介護事業所 通所介護事業所 訪問介護事業所 居宅介護支援事業所 指定居宅支援事業所 計 7 事業所

2 事業所の概要

事業所の名称	清流園指定障害福祉サービス事業所
事業所の所在地	島根県出雲市大津町 3529 番地
事業所の電話番号	(0853) 21-6600
管理者氏名	佐伯八重
サービス提供責任 者氏名	池田志津子、山崎篤子、高田恵美子、梶谷三枝、加藤由美子
サービス提供地域	出雲市
サービス提供曜日 ・時間	年間全日 午前 7 時～午後 9 時 (24 時間対応可能)
事業所番号	3210400218 (18 年 10 月 1 日指定)
運営方針	地域社会における利用者の自立生活の支援
事業の目的	障害のある方に対し、障害者の自己決定を尊重し、利用者本位のサービスの提供を基本とし、適正な介護サービスを提供することを目的とする。
職員への研修の実 施状況	有り (ホームヘルパー研究協議会研修、ホームヘルパー養成特別研修、ガイドヘルパー養成研修、スーパーバイザー養成研修等 その他各種研修参加)

3 事業所の職員体制

職種	常勤(人)	非常勤(人)	合計員数	資格等
管理者	1		1	介護福祉士、介護支援専門員
サービス提供責任者	5	0	5	介護福祉士
ヘルパー	10	7	17	介護福祉士、ヘルパ - 2 級、 介護職員初任者
事務員	1	0	1	

4 サービスの内容

①身体介護

入浴、排泄及び食事などの介護

②家事援助

調理、洗濯及び掃除などの家事

③通院介助（身体介護を含む、含まない）

通院の介護を行います。

④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方で、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。（障害程度区分 4 以上の方）

5 利用料金

(1) 介護給付費支給対象サービス利用者負担額

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 人分の料金をいただきます。

居宅介護サービス費

利用時間（時間）	身体介護	利用時間（時間）	家事援助
～0.5	256	30 分未満	106
～1.0	404	30 分以上 45 分未満	153
～1.5	587	45 分以上 1 時間未満	197
～2.0	669	1 時間以上 1 時間 15 分未満	239
～2.5	754	1 時間 15 分以上 1 時間 30 分未満	275
～3.0	837	1 時間 30 分以上の場合	311 単位に 15
3 時間以上	921 単位に 30 分を増すごとに +83 単位	分を増すごとに 35 単位を加算	

重度訪問介護サービス費

利用時間		移動介護加算
1 時間未満	186 単位	1 回につき 100 単位を加算
1 時間以上 1 時間 30 分未満	277 単位	1 回につき 25 単位を加算
1 時間 30 分以上 2 時間未満	369 単位	1 回につき 25 単位を加算
2 時間以上 2 時間 30 分未満	461 単位	1 回につき 25 単位を加算
2 時間 30 分以上 3 時間未満	553 単位	1 回につき 25 単位を加算
3 時間以上 3 時間 30 分未満	644 単位	(3 時間以上) 1 回につき 25 単位を加算
3 時間 30 分以上 4 時間未満	736 単位	
4 時間以上 8 時間未満	821 単位に 30 分を増すごとに +85 単位	
8 時間以上 12 時間未満	1505 単位に 30 分を増すごとに +98 単位	

その他の加算

* 重度障害者等の場合 所定単位数 × 15/100 を加算

* 障害程度区分 6 に該当する者の場合 所定単位数 × 75/1000 を加算

* 介護職員処遇改善加算 I（居宅介護 41.7%）（重度訪問介護 34.4%）

※ 日中時間帯以外の加算の算定

午後 6 時から午後 10 時まで	25%に相当する額
午後 10 時から午前 6 時まで	50%に相当する額
午前 6 時から午前 8 時まで	25%に相当する額

※事業者が利用者に代わり区市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。

《利用者負担額の上限月額について》

- ★ 自立支援給付費対象のサービスは、利用者の所得に応じて 3 区分の月額負担上限額が設定され、それ以上の負担はありません。

区分	所得等の要件	1 ヶ月あたりの負担上限額
低所得	市町村民税非課税	0 円
一般 1	市町村民税課税 市町村民税所得割の合計額が 16 万円未満	9,300 円
一般 2	市町村民税課税 市町村民税所得割の合計額が 16 万円以上	37,200 円

☆ 利用者の希望により、当事業所を利用者負担の上限管理者に選任される場合には、サービス利用開始の際に申し出ください。

※ 中山間地域等に居住している者に対してサービスを提供する場合

特別地域加算 所定単位数の 15%を加算

※サービス提供責任者が新規初回訪問時及び緊急時に対応した訪問について

初回加算 200 単位/月

緊急時対応加算 1 回につき 100 単位（月 2 回まで）

※特定事業所加算（Ⅰ）所定単位数の 20% （Ⅱ）（Ⅲ）所定単位数の 10%を加算

(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。

事業の実施地域（出雲市）をこえて概ね	片道 15 km未満	850 円
	片道 15 km以上	1,200 円

(3)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、利用者にご負担いただきます。

(4)支払方法

上記利用料金の支払いは、翌月 20 日までに請求しますので、お支払いください。

支払いは、現金をお願いします。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

①障害者自立支援居宅介護について介護給付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。

③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

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 1 か月以上遅延し、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障害者自立支援居宅介護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

7 虐待防止、身体拘束について

当事業所は、利用者の虐待、身体拘束の発生又は、その再発を防止するために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

① 虐待、身体拘束防止の為の対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、訪問介護員に周知徹底を図ります。

② 虐待、身体拘束防止の為の指針を整備します。

③ 訪問介護員に対し、虐待、身体拘束防止の為の定期的な研修を実施します。

④サービス提供中に、当該事業所の訪問介護員又は、家族等による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、市長に通報します。

8 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	

利用者又はその家族等からの要請に基づき、24時間以内に居宅サービス計画書に計画されていない訪問介護を行う場合、サービス提供責任者と連携し、必要と認められた場合に訪問介護を行う。

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	加藤 由美子
電話番号	(0853) 21-6600
受付時間	月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分まで

当事業所以外に、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	出雲市役所 福祉推進課 障害者福祉係
電話番号	(0853) 21-2211
	月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時まで

10 第三者評価の実施の有無

無

(契約をする場合は、以下の確認をすること)

障害者自立支援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。

令和 年 月 日

事業者

(所在地) 島根県出雲市大津町 3529 番地

(名称) 清流園指定障害福祉サービス事業所

(説明者) 氏名 印

私は契約書及び本書面により、これからサービスを受ける障害者自立支援居宅介護の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者

（住所）

（氏名）

印

（代理人または立会人等）

（住所）

（氏名）

印