

重要事項説明書

居宅介護・重度訪問介護・同行援護サービス

ご利用者氏 _____ 様

社会福祉法人 福音会
指定障害福祉サービス事業所
(居宅介護・重度訪問介護・同行援護)
ふくいんヘルパーステーション

(2026.06.01 作成)

【居宅介護・重度訪問介護・同行援護サービス 重要事項説明書】

あなたに対するサービスの提供開始にあたり、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者

法人の名称	社会福祉法人 福音会
法人の所在地	東京都町田市野津田町1932番地
法人の代表者名	理事長 石黒 美由紀
電話番号	042-734-0631
開設年月日	昭和57年3月18日

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定障害福祉サービス事業所 指定年月日 平成18年10月1日（居宅介護・重度訪問介護） 平成23年10月1日（同行援護） 事業所番号 1313200352
事業所の名称	ふくいんヘルパーステーション
事業所の所在地	東京都町田市山崎町2200山崎団地3-18-102
電話番号	042-734-0911
FAX 番号	042-860-5885
所長氏名	佐久間 美枝
管理者氏名	佐久間 美枝
開設年月日	平成15年4月1日
事業の目的	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（以下、障害者総合支援法）に基づき、居宅介護・重度訪問介護・同行援護（以下、居宅介護等）サービスを適切に提供します。
事業所の運営方針	利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じて自立した生活を営むことができるように身体介護、家事援助、移動に伴う支援、その他必要な援助を行います。
事業実施地域	町田市

3. 職員の体制

職種	職員数	勤務形態				常勤 換算 人数	(介護福祉士/ ヘルパ-2級)
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			1	(1/0)
サービス提供責任者	8		8				(8/0)
居宅介護員	16	3	1	12			(12/4)

4. 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
事業所の営業時間	8:30~17:30
居宅介護等を利用できる時間	24時間

5. サービスの内容

(1) 居宅介護

身体介護	①入浴介助 ②清拭 ③排泄介助 ④食事介助 ⑤衣類の着脱介助 ⑥服薬介助 ⑦その他必要な身体介護
家事援助	①調理 ②洗濯 ③掃除 ④買物 ⑤その他必要な家事援助
通院等介助 (身体介護を伴う) (身体介護を伴わない)	病院への通院等のための移動介助、又は官公署(国、都道府県及び市町村の機関、外国公館、並びに指定地域移行支援事業所、指定地域定着支援事業所、指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所)での公的手続若しくは障害者総合支援法に基づくサービスを受けるための相談に係る移動介助を行います。
その他	必要に応じて健康や日常生活上の状況をお伺いし、生活上のご相談や助言を行います。

(2) 重度訪問介護

身体介護や家事援助、外出時における移動中の介護、見守り等生活全般を支援します。具体的な内容は、身体介護・家事援助と同様です。
(脳性まひ等全身性障害がある方など、日常生活全般に常時の支援を要する方を対象としたサービスです。)

(3) 同行援護

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)を行い、移動動作の援護や、付随して必要となる排泄・食事等の介護を行います。

6. 利用料

(1) 居宅介護・重度訪問介護・同行援護（介護給付費支給対象サービス）利用料
利用者負担額は、原則としてサービスに要した費用の1割負担です。ただし、市町村から居宅介護等利用者負担減額の決定を受けている場合は、減額後の額が利用料となります。

なお、居宅介護等の利用者負担額は上限が定められています。当事業所との契約支給量の範囲内であれば、受給者証に記載の利用者負担上限月額以内の額が利用料となります。

契約支給量の範囲外となった場合は、全額自己負担となります。

他の事業者からも居宅介護等サービスの提供を受け、利用者負担額の合計が負担上限月額を超過する場合は、利用者が依頼した利用者負担上限額管理事業者が算定し、当該事業者利用者負担額をお支払いいただきます。

1) 基本料金・通常時間帯の料金

①居宅介護

身体介護 通院等介助 (身体介護を伴う)	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満	1時間30分以上 *30分増す毎
	2,794円	4,405円	6,400円	899円~910円
家事援助	30分未満	30分以上 45分未満	45分以上 1時間未満	
	1,150円	1,665円	2,148円	
	1時間以上 1時間15分未満	1時間15分以上 1時間30分未満	1時間30分以上 *15分増す毎	
	2,608円	3,003円	383円	
通院等介助 (身体介護を 伴わない)	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満	1時間30分以上 *30分増す毎
	1,150円	2,148円	3,003円	756円

②重度訪問介護

1時間未満	1時間以上 1時間30分未満	1時間30分以上 2時間未満	2時間以上 2時間30分未満
2,027円	3,014円	4,022円	5,019円
2時間30分以上 3時間未満	3時間以上 3時間30分未満	3時間30分以上 4時間未満	4時間以上 *30分増す毎
6,028円	7,014円	8,022円	876円~942円

※ 重度障害者等の場合 15%増

※ 障害支援区分6に該当する方の場合 8.5%増

③同行援護

30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満	1時間30分以上 2時間未満
2,082円	3,288円	4,745円	5,458円
2時間以上 2時間30分未満	2時間30分以上 3時間未満	3時間以上 3時間30分未満	3時間30分以上 ※30分増す毎
6,170円	6,882円	7,595円	712円

※ 障害支援区分3に該当する方の場合 20%増

※ 障害支援区分4以上に該当する方の場合 40%増

2) 加算料金1 (居宅介護・重度訪問介護・同行援護共通)

加算の種類	加算率	備考
早朝加算 (6:00~8:00)	25%	上表(基本料金・通常時間帯)料金額の該当項目に応じて左記の加算率をそれぞれ乗じます。
夜間加算 (18:00~22:00)	25%	
深夜加算 (22:00~6:00)	50%	
同時に2人でサービスを行う場合	200%	

3) 加算料金2 (居宅介護・重度訪問介護・同行援護共通)

加算の種類	料金	備考
初回加算	2,192円/月	新規に居宅介護等計画を作成した利用者又は過去2ヶ月(暦月)以内にサービス提供を行っていない利用者に対して、初回(再開)実施したサービスと同月内にサービス提供責任者が、自らサービスを行う場合又は他の居宅介護員等がサービスを行う際に同行訪問した場合に算定します。
緊急時対応加算 ※居宅介護(家事援助および通院等介助(身体介護を伴わない)を除く)	1,096円/回	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が居宅介護等計画の変更等を行い、サービス提供責任者又は他の居宅介護員等が居宅介護等計画にないサービスを行った場合に算定します。(利用者1人に対し1ヶ月に2回まで)
利用者負担上限額管理加算	1,644円/月	事業者が、利用者の依頼を受けて、利用者負担額合計額の管理を行った場合に算定します。
福祉・介護職員等 処遇改善加算Ⅱ□	重度訪問 36.7%	介護職員の処遇改善を目的に、所定単位(基本単位+各種加減算)に加算率を乗じた単位を算定します。
	居宅介護、同行援護 44.1%	

(居宅介護)

加算の種類	料金	備考
福祉専門職員等 連携加算	6,181 円/回	利用者に対して、居宅介護事業所のサービス提供責任者が、サービス事業所、指定障害者支援施設、医療機関等の社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、公認心理師、理学療法士その他の国家資格を有する者（作業療法士、言語聴覚士、看護師、保健師等）に同行して利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状況等の評価を当該社会福祉士等と共同して行い、かつ、居宅介護計画を作成した場合であって、当該社会福祉士等と連携し、当該居宅介護計画に基づく居宅介護を行ったときは、初回の居宅介護が行われた日から起算して90日の間、3回を限度として算定します。

(重度訪問介護)

加算の種類	料金		備考
移動介護加算	1 時間未満	1,096 円	利用者に対して、外出時における移動中の介護を行った場合に算定します。
	1 時間以上 1 時間 30 分未満	1,370 円	
	1 時間 30 分以上 * 30 分増す毎	274 円～ 548 円	
行動障害支援 連携加算	6,400 円/回		行動障害を有する者に対して適切に支援を行うため、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、利用者の心身の状況等の評価を共同して行った場合に、初回のサービスが行われた日から起算して30日の間、1回を限度として算定します。

※居宅介護等（介護給付費支給対象サービス）は、指定された計算方法（端数処理）に基づき利用料金が計算されます。1回の料金に回数を掛けた合計金額は、実際の金額と端数において若干異なりますのでご注意ください。

※サービス提供時に居宅介護員等に係る交通費等の実費については、別途お支払いいただきます。

※料金設定につきましては、文書通知のうえ変更する場合があります。

(2) 制度外ホームヘルプサービス（介護給付費支給対象外サービス）の利用料
 介護給付費支給対象外（以下①～③）のホームヘルプサービスをご利用いただく場合には、下表の利用料金額（全額自己負担）をお支払いいただきます。

- ①障害者総合支援法に基づくサービスの範囲外の場合
- ②居宅介護等計画に基づかないサービス提供の場合
- ③居宅介護等の契約支給量の上限を超えた場合

1) 基本料金・通常時間帯の料金

15分未満	30分未満	30分以上 45分未満	45分以上 1時間未満	1時間以上 ※15分増す毎に
750円	1,500円	2,250円	3,000円	750円

- ① 基本利用料に対して、早朝（6:00～8:00）・夜間（18:00～22:00）帯は25%増しとなります。
- ② 基本利用料に対して、深夜（22:00～6:00）帯は50%増しとなります。
- ③ 利用者の同意を得て、2人で訪問した場合は、2人分の利用料をお支払いいただきます。
- ④ 土・日・祝日は1時間につき100円増し、年末・年始（12/30～1/3）は1時間につき200円増しとなります。
- ⑤ サービス提供時に居宅介護員等に係る交通費等の実費については、別途お支払いいただきます。

2) 居宅介護等サービスの対象除外となる通院等介助時の待ち時間等料金

15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 45分未満	45分以上 60分未満	1時間以上 ※15分増す毎に
500円	1,000円	1,500円	2,000円	500円

通院等介助における待ち時間や診察中の待機時間、往復の交通手段としてタクシーなどを利用し、車中特段の介助が発生しない場合の付添業務については、1)の料金ではなく当料金が適用になります。

3) 何かしらの理由により移動・外出先でサービスを終了する場合の取り扱い
 居宅介護等サービスにおける移動・外出先において、提供サービスが終了または中断となる場合、同行した居宅介護員が移動・外出先より当事業所へ帰着するのに要する標準時間を15分とさせていただき、居宅介護員が移動・外出先から当事業所へ帰着するまでに15分を超える時間が発生する場合は、その時間が当サービスご利用の対象時間となります。

※料金設定につきましては、文書通知のうえ変更する場合があります。

(3) キャンセル料（サービス利用の中止）

利用予定日の前に、利用者の都合により、居宅介護等計画で定めたサービスの利用を中止することができます。この場合には、サービス実施日の前日までに事業所に申し出てください。

利用予定日の前日までに申し出がなく、利用日当日中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただきます。

1) 居宅介護・重度訪問介護・同行援護（介護給付費支給対象サービス）

利用予定日の前日までのキャンセル	無料
利用予定日の当日のキャンセル	1, 000 円

2) 制度外ホームヘルプサービス（介護給付費支給対象外サービス）

利用予定日の前日までのキャンセル	無料
利用予定日の当日のキャンセル	1, 000 円

(4) お支払い方法

利用料金は、1 ヶ月ごとに計算し、翌月ご請求いたします。当月料金の合計額を翌々月15日までに現金にてお支払いいただきます。

7. サービスの利用に関する留意事項

(1) 居宅介護員について

<ul style="list-style-type: none"> サービス提供時に、担当の居宅介護員を決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の居宅介護員が交替してサービスを提供します。 担当の居宅介護員が交替する場合は、予め利用者に説明するとともに、利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。 利用者から特定の居宅介護員を指名することはできませんが、居宅介護員についてお気づきの点やご要望がありましたらご遠慮なく相談下さい。
--

(2) サービス提供について

<ul style="list-style-type: none"> サービスは、「居宅介護等計画」に基づいて行います。実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。ただし、実際の提供にあたっては、利用者の訪問時の状況・事情・意向等について十分に配慮します。 サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気等）は無償で使用させていただきます。
--

(3) サービス内容の変更

<ul style="list-style-type: none"> 訪問時、利用者の体調等の理由により居宅介護等計画で予定されていたサービスの実施ができない場合には、利用者の同意を得てサービス内容を変更します。その場合事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

(4) サービス利用の変更・追加

<ul style="list-style-type: none"> 利用予定日の前に、利用者の都合により、居宅介護等計画で定めたサービスの利用を変更することができます。また、市町村が決定した「支給量」及び当該サービスの利用状況によっては、サービスを追加することもできます。ただし、サービス利用の変更・追加は、居宅介護員の稼働状況により利用者が希望する時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

(5) 受給者証の確認

- ・受給者証の内容（住所・利用者負担上限月額・支給量等）に変更があった場合は、速やかに事業者へお知らせください。
- ・サービス提供責任者が受給者証の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

(6) 居宅介護員の禁止行為

居宅介護員は、サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

①	医療行為
②	利用者もしくはご家族等の金銭、通帳、印鑑、鍵、証書等の預かり
③	利用者もしくはその家族等からの金銭又は物品、飲食の授受
④	利用者以外（その家族等）に対するサービスの提供
⑤	身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）

8. サービス提供記録

- ・事業者は、サービス提供に関する記録を整備し、サービス提供日から5年間保存します。
- ・利用者は、事業者の営業時間内に当該利用者に関する提供記録の閲覧、複写物の交付を求めることができます。

9. 秘密保持

- ・事業者及び居宅介護員は、正当な理由がない限り、利用者に対するサービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者家族の秘密を漏らしません。
- ・事業者は、居宅介護員が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者家族の秘密を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。

10. 事故発生時の対応

- ・利用者に事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ・事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。
- ・利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

11. ハラスメント対策

- ・暴力又は暴言、過度な要求、身体への不必要な接触、性的発言などハラスメントとみなされる言動があった場合は、直ちにこの契約を解除します。

12. 事業継続、虐待防止の取り組み

- ・染症蔓延時や大規模災害時においても事業継続や早期の事業再開をはかることが出来るよう、当事業所は事業継続計画を策定しています。
- ・虐待の発生またはその再発防止するための措置として、当事業所は委員会を開催、研修を管理者が担当し実施しています。

13. 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、主治医や緊急連絡先に連絡する等必要な処置を講じます。

	第1連絡先	第2連絡先
氏名		
続柄		
住所		
電話		

主治医連絡先	
病院名	
医師名	
住所	
電話	

14. 苦情等申立先

当事業所 相談・苦情窓口 (電話・手紙・はがき等随時)	担当者 : 谷田 恵美 責任者 : 所長 佐久間 美枝 ご利用時間: 毎日 9:00~17:00 ご利用方法: 電話 042-734-0911
当法人(第三者委員連絡窓口) 相談・苦情窓口	社会福祉法人 福音会本部事務局 電話 042-734-0631
保険者(町田市) 相談・苦情窓口	町田市障がい福祉課 電話 042-724-2147 聴覚障害者用FAX 050-3101-3638
東京都社会福祉協議会 (運営適正化委員会連絡窓口) 相談・苦情窓口	専用電話 03-5283-7020

〈重要事項の種類及び説明日〉

重要事項説明の種類	説明日	利用者印	説明者印
居宅介護	年 月 日	印	印
重度訪問介護	年 月 日	印	印
同行援護	年 月 日	印	印
制度外 ホームヘルプサービス	年 月 日	印	印

〈事業者〉

居宅介護等サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び重要事項説明書に基づき重要な事項を説明しました。

住 所 東京都町田市山崎町 2200 番地 3-18-102
 法人名 社会福祉法人 福音会
 事業所 ふくいんヘルプステーション
 連絡先 電話 042-734-0911

説明者 氏名 _____ 印

〈利用者〉

私は、契約書及び重要事項説明書に基づき、貴事業所の職員から説明を受けたことを確認しました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

署名代行者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(続 柄) _____

署名代行の理由 _____

