

障害福祉サービス重要事項説明書

<令和 7 年 5 月 1 日 現在 >

1. 事業者の概要

名称	株式会社 アクトライフ	
法人種別	株式会社	
法人所在地	東京都渋谷区本町3-35-17	
電話番号	03-6300-9430	
代表者名	代表取締役 中村 彬人	
法人が所有する	訪問介護事業所	1ヶ所
営業所の種類・数	居宅介護支援事業所	1ヶ所

2. 事業所の概要

事業所名	グリーンケア中野	
事業所の所在地	東京都中野区弥生町2-31-9 朝日プラザ中野弥生町1A	
事業所の電話番号	03-5342-5351	
サービス提供地域	中野区 杉並区 新宿区 渋谷区	
営業日及び営業時間	月曜日～金曜日(但し祝日及び12/29～1/3を除く) 9:00～18:00	
サービス提供曜日・時間	月曜日	～ 日曜日
事業所番号	1311400772 (19年11月1日指定)	
事業の目的	指定障害福祉サービスの適正な運営を確保する為に必要な人員及び管理運営に関する事項を定め、指定障害福祉サービスの円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定障害福祉サービスの提供を確保することを目的とする	
運営方針	利用者の心身の状況、その環境等に応じ、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう指定障害福祉サービスを提供することを目的とする	
自己評価の実施状況		
第三者評価の実施状況		
職員への研修の実施状況	居宅介護員等の実質的向上を図るための研修機会を次のとおり設けるものとし、また業務体制を整備する。 ①採用時研修 採用後1ヶ月以内 ②継続研修 年3回	

3. 事業所の職員体制

職種	常勤(専従)	常勤(兼務)	非常勤(人)	合計人数	資格等
管理者	名	1名		1名	
サービス提供責任者	名	4名	名	4名	介護福祉士
	名	名		名	
ヘルパー		1名	12名	13名	介護福祉士
		1名	名	1名	実務者(1級)研修修了者
	名	1名	21名	22名	初任者(2級)修了者
事務員	名	2名		2名	

4. 指定障害福祉サービスの種類

居宅介護	重度訪問介護	
------	--------	--

5. 主たる対象者

① 居宅介護

身体障害者	知的障害者
障害児(18歳未満の身体障害児、知的障害児)	精神障害者(18歳未満の精神障害者含む)

② 重度訪問介護

身体障害者	身体障害児
-------	-------

③ 行動援護

6. サービス内容

① 身体介護

食事介助	食事を口に運んだり等の食事動作の補助を行う
入浴介助	自宅での入浴や浴室への移動を介助する
排泄介助	オムツ交換や処理、トイレへの移動を介助する
通院介助	通院の際の移動、受診手続き等を援助する
その他	

② 家事援助

調理	嗜好、栄養を加味し調理を行う
衣類等の洗濯	衣類等の洗濯、乾燥、整頓を行う
買物	日常生活用品や食材等の買い物を行う
掃除	居室の掃除を行い清潔を保持する
その他	

③ 重度訪問介護

日常生活支援	日常生活全般に常時の支援を要する身体障害者に対して、身体介護、家事援助、見守り等の支援を行う
--------	--

④ 行動援護

⑤ 移動・外出支援

⑥ その他のサービス

介護等の相談	在宅生活における悩みや問題等を解決するための相談業務を行う
介護計画の作成	指定障害福祉サービスの種類に伴う介護計画書の作成

7. 利用料金

(1) 介護給付費支給対象サービス利用者負担額

お支払いいただく利用者負担額は、サービス費用額の1割の額です。

月額負担上限額については、各区市町村が定めた額とします。

支給決定量を超えたサービス費用額は10割負担とします。

但し、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。

※ 利用者の出身世帯が他の区市町村に転出する場合は、利用者負担額が変わることもありますので、あらかじめ事業者までご連絡をお願いします。

※ 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。

- (2) 介護給付費額を事業者が代理受領を行わない場合は、区市町村が定める介護給付費基準額の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、利用者に「サービス提供証明書」を交付します。（「サービス提供証明書」と「領収書」を添えてお住まいの区市町村に申請すると介護給付費が支給されます。

(3) その他の料金

移動・外出支援の交通費	公共の交通機関等を利用して移動する場合のヘルパーの交通費

(4) 交通費

上記2で示した「サービス提供地域」及び、「それ以外のサービス提供地域」におけるサービス利用についての交通費は無料です。

(5) 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。

キャンセルが必要になった場合は、至急ご連絡ください。

- ・ ご利用日の前日18:00までにご連絡いただいた場合 → 無料
- ・ 当日ご利用時間の3時間前までにご連絡いただいた場合 → 一律840円
- ・ 当日ご利用時間の3時間前までにご連絡いただけなかった場合 → 一律1,260円

(6) 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、外出等同行時の交通費等の費用は、利用者に負担していただきます。

(7) 支払方法

上記利用料金の支払いは、1ヶ月ごとに計算し、翌月10日までに請求しますので、末日までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は郵便貯金自動引き落としを原則といたしますが、利用者の都合によりその他金融機関による自動引き落とし、口座振込を選ぶことができます。その他の方法に関しましてはご相談下さい。

8. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ① 障害福祉サービスについて介護給付費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、障害福祉サービスの種類に伴う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。但し、引続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。
- ③ 障害福祉サービスの提供に当たっては、適切なサービス提供をするために、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 利用者が当事者に対し1週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。但し、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ような行為を行った場合、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2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも係らず、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難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介護給付費支給期間が終了し、その後支給決定がない場合
(所定の時間の経過をもって終了します)
- ③ 利用者がなくなった場合

9. 当事業者のサービス利用に際し留意いただきたい事項

10. 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	

【ご家族緊急連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

11. 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	事業所管理者
電話番号	03-5342-5351
受付時間	9:00～18:00

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	
電話番号	
受付時間	

その他(1)

担当部署	
電話番号	
受付時間	

その他(2)

担当部署	
電話番号	
受付時間	

12. 弊社個人情報の取扱に関する苦情担当

担当 本社 個人情報保護担当者

電話 03-5342-5351

13. 事故発生の対応

サービス提供中に事故その他緊急事態が発生した場合、速やかに主治医及び家族に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に連絡します。

14. 賠償責任

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

15. 虐待防止対応

- ①事業者は、利用者の人権擁護・虐待の防止等の為、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じるように努めます。
- ②事業者は、利用者が成年後見制度を利用できるように支援を行います。
- ③事業者は、利用者が家族等から身体的、心理的等の虐待を受けていると知った際は関係区市町村に通報等を行います。

16. 当社の概要

名称・法人種別	株式会社 アクトライフ
代表者役職・氏名	代表取締役社長 中村 彬人
本社所在地・電話番号	東京都渋谷区本町3-35-17 TEL 03-6300-9430 FAX 03-6300-9431
定款の目的に定めた事業	1、居宅介護支援事業 2、居宅サービス事業 3、上記の介護を行う施設の運営及び管理業務 4、介護保険施設の設立及び運営 5、住宅改修事業 6、介護予防サービス事業 7、地方公共団体から委託を受けた介護認定調査業務の請負 8、老人福祉法に定める有料老人ホームの設立及び運営 9、老人福祉法に基づく、地方自治体からの委託による在宅介護支援センター事業 10、ホームヘルパー等の研修及び養成に関する事業 11、書籍の出版及び販売に関する業務 12、在宅配食サービス事業 13、医療用機器、福祉用具及び各種消耗品の販売及びレンタル事業 14、障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス事業 15、障害者自立支援法に基づく相談支援事業 16、障害者自立支援法に基づく移動支援事業・地域活動支援センターを運営する事業 17、障害者自立支援法に関連するホームヘルプサービス 18、診察報酬請求事務並びに病院一般事務の受託 19、リネンサプライ業 20、臨床検査業務 21、病院・医院内の清掃 22、病・医院患者の入浴の受託業務 23、病院入院患者に対する食事の提供業務の受託 24、前記各号に関するコンサルティング事業 25、医療機関運営に係わるコンサルティング事業 26、労働者派遣事業法に基づく一般及び特定労働者派遣事業 27、前各号に附帯する一切の業務

障害福祉サービスの利用にあたり、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。

事業者

<事業者名> 株式会社 アクトライフ

<事業所名> **グリーンケア中野** 印
1311400772

<住所> 東京都中野区弥生町2-31-9 朝日プラザ中野弥生町1A

<管理者名> 村山 隆一 印

<説明者> 所属 グリーンケア中野
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福祉サービスの重要な事項について、事業者から説明を受け本書を承諾いたしました。

利用者

<住所>

<氏名> 印

(家族または代理人等)

<住所>

<氏名> 印