

「居宅介護等サービス」重要事項説明書

この重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第 76 条に基づき、事業所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。

※ 事業所では、ご利用者に対して障害者総合支援法に基づく居宅介護等を提供します。サービスの利用は、原則として介護給付費の支給決定を受けた方が対象となります。

◆◆目次◆◆

- 1 事業者
- 2 事業所の概要
- 3 事業実施地域
- 4 営業時間
- 5 職員の体制
- 6 当事業所が提供するサービスと利用料金
- 7 サービスの利用に関する留意事項
- 8 虐待の防止について
- 9 身体拘束等の禁止
- 10 サービス実施の記録について
- 11 損害賠償保険への加入
- 12 苦情の受付について
- 13 第三者評価の実施状況
- 14 緊急時及び事故発生時の対応について

社会福祉法人 田原市社会福祉協議会
(田原市社協ヘルパーステーション)
当事業所は愛知県の指定を受けています。
(愛知県指定 第 2319100059 号)

1 事業者

名 称	社会福祉法人田原市社会福祉協議会
所在地	愛知県田原市赤石二丁目2番地
電話番号	0531-23-0610
代表者氏名	会 長 山 田 貴 三
設立年月	昭和42年4月19日

2 事業所の概要

事業所の種類	指定居宅介護等事業所 平成18年10月1日指定 愛知県 2319100059号
事業の目的	ご利用者が居宅において日常生活を営むことができるよう、事業者がご利用者に対して必要な障害者総合支援法に基づく居宅介護等を適切に提供します。
事業所の名称	田原市社協ヘルパーステーション
事業所の所在地	愛知県田原市赤羽根町赤土1番地
電話番号	0531-45-4333
管理者氏名	(職名)赤羽根地域課訪問介護係 杉浦 成美
事業所の運営方針について	ご利用者の有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行います。
開設年月	平成15年4月1日
事業所が行なっている他の業務	指定訪問介護 平成15年8月20日指定 愛知県 第2377100033号 指定身体障害者移動支援 平成18年10月1日指定 田原市 第101-02号 指定知的障害者移動支援 平成18年10月1日指定 田原市 第102-03号 指定精神障害者移動支援 平成18年10月1日指定 田原市 第103-02号 指定障害児移動支援 平成18年10月1日指定 田原市 第104-03号 豊橋市地域生活支援事業(移動支援) 平成25年2月1日指定 2362010551 指定介護予防訪問サービス 平成30年4月1日指定 東三河広域連合 第2377100033号

3 事業実施地域

田原市、豊橋市(杉山町、老津町、赤沢町、城下町)

4 営業時間

営業日	月曜日から日曜日までとする。毎月第3日曜日及び1月1日から1月3日までを除く。
受付時間	月から金 午前8時30分から午後5時15分
サービス提供時間帯	月から金 午前8時30分から午後5時15分までとする。ただし、状況により営業時間以外にも行うことができます。

5 職員の体制(令和6年4月現在)

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤	非常勤	常勤換算	指定基準	職務の内容
1. 事業所長(管理者)	1名		0.5	1名	事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行う。
2. サービス提供責任者	3名	0名	2.5以上	2.0名	居宅介護等の利用申込みに係る調整、居宅介護等に対する技術指導、居宅介護等計画の作成等を行う。
3. 居宅介護等従事者(再掲) (ホームヘルパー)	—	—	2.5以上	2.5名	居宅介護等の提供に当たる。

当事業所では、ご利用者に対して指定訪問介護、指定居宅介護等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。

6 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1)「居宅介護等計画」とサービス内容(契約書第3条・第4条参照)

事業所では、次に掲げるサービス内容から居宅介護等計画を定めて、サービスを提供します。「居宅介護等計画」は、市町村が決定した「支給量」と利用者の意向や心身の状況を踏まえて、具体的なサービス内容やご利用者に対するサービス実施日などを記載しています。「居宅介護等計画」は、ご利用者やご家族に事前に説明し、同意をいただくとともに、写しをご利用者等に交付します。また、ご利用者等の申し出により、いつでも見直すことができます。〈サービス区分及びサービス内容〉
居宅介護

① 身体介護(ご家庭に訪問し、入浴や排泄、食事などの介助をします。)

- 入浴介助・清拭・洗髪…入浴の介助や清拭(体を拭く)や洗髪などを行います。
- 排せつ介助…排せつの介助、おむつ交換を行います。
- 食事介助…食事の介助を行います。
- 衣服の着脱の介助…衣服の着脱の介助を行います。
- 通院介助…通院の介助を行います。
- その他必要な身体介護を行いません。

※ 医療行為はいたしません。

② 家事援助(ご家庭に訪問し、調理、洗濯、掃除などの生活の援助を行います。)

- 調理…ご利用者の食事の用意を行います。
- 洗濯…ご利用者の衣類等の洗濯を行います。
- 掃除…ご利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。
- 買い物…ご利用者の日常生活に必要な物品の買い物をを行います。
- その他関係機関への連絡など必要な家事を行います。

※ 預貯金の引き出しや預け入れは行いません。(預貯金通帳・カードはお預かりできません。)

※ ご利用者以外の方の調理や洗濯、ご利用者以外の方の居室や庭等の敷地の掃除は原則として

行いません。

③ 通院等介助

○ 病院等に通院する援助を行います。

○ 官公署並びに指定相談支援事業所に公的手続き又は障害福祉サービスの利用に関わる相談のために付き添いを行います。

○ 指定相談支援事業所における相談の結果、見学のために紹介された指定福祉サービス事業所の付き添いを行います。

④ 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。

同行援護

視覚障害がある方及び脳性まひなど全身性障害がある方など、屋外での移動に著しい制限のある方を支援としたサービスです。

○ 移動時及びそれに伴う外出先において必要な視覚的支援を行います。(代筆・代読を含む。)

○ 移動時及びそれに伴う外出先において必要な移動の援護を行います。

○ 排泄・食事等の介護その他外出する際に必要となる援助を行います。

(2) 利用者負担額(契約書第5条参照)

上記サービスの利用に対しては、通常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を代理受領する場合には、ご利用者等は、利用者負担分としてサービス料金の原則1割(定率負担)を事業者にお支払いいただきます。ただし、負担が増えすぎないように利用者負担軽減措置により負担の上限額が設定されています。(利用者負担の上限額等については5～8ページをご参照ください。)

＜2人のホームヘルパーにより訪問を行った場合＞

○ 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、ご利用者等の同意のもと2人のヘルパーでサービスを提供した場合は、2倍の利用者負担額をいただきます。

＜初回時及び緊急時対応により訪問を行った場合＞

○ サービス提供責任者において特に労力を要する初回時及び緊急時に対応した場合は、利用者負担をいただきます。初回時200円/月 緊急時対応時1回につき100円(月2回まで)

＜特定事業所加算について＞

○ 当事業所は、優良な人材の確保とサービスの質の向上を図り、特定事業所加算Ⅱに適合するため、所定のサービス利用料金の10%を加算した金額をいただきます。

＜福祉・介護職員等処遇改善加算について＞

○ 介護職員等処遇改善加算の算定要件を満たす場合、法に定められた費用の1割分をご負担いただきます。

＜福祉専門職員等連携加算＞

○ サービス提供責任者に係る障害特性の理解や医療機関等専門機関との連携、従業者への技術指導の課題に対応するため精神障害者等の特性に精通する専門職と連携し、利用者の心身の状況等の評価を共同かつ居宅介護計画を作成し行った場合に加算されます。

初回サービス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 564円/回

＜地域区分＞

○ 田原市の地域区分がその他から7級地に変更になりましたので所定の単位数に1.8%を乗じ

た利用負担になります。

<利用者負担額の上限等について>

- 介護給付費対象のサービスの利用者負担額は上限が定められています。
- ご利用者等のご希望により、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その旨をお申し出ください。

<償還払い>

- 事業者が介護給付費額の代理受領を行わない場合は、介護給付費基準額の全額を一端お支払いいただきます。この場合、ご利用者に「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市町村に申請すると介護給付費が支給されます。）

<その他>

- 障害者総合支援法からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

(3) サービス利用にかかる実費負担額(契約書第5条参照)

サービス提供に要する次の費用は、介護給付費支給の対象ではありませんので、実費をいただきます。

ア 通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、ホームヘルパーが訪問するための交通費をいただきます。（サービス利用料とともに1ヶ月ごとにお支払いいただきます。）

イ 通院等介助においてホームヘルパーに公共交通機関の交通費などが必要な場合、その実費をいただきます。（サービスご利用時にその都度ご負担いただきます。）

<サービス利用料金>

次の区分の料金表によって、サービス利用料金から介護給付費の給付額を除いた金額(利用者負担)をお支払いいただきます。（利用者負担の上限額等については7ページをご参照ください。）

身体介護	サービスに要する時間	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
	1 サービス利用料金	2,560円	4,040円	5,870円	6,690円
	2 うち、介護給付費が 給付される金額	2,304円	3,636円	5,283円	6,021円
	3 サービス利用に係る 利用者負担額(1-2)	256円	404円	587円	669円
	サービスに要する時間	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	以後30分増す ごとに加算
	1 サービス利用料金	7,540円	8,370円	9,210円	830円
	2 うち、介護給付費が 給付される金額	6,786円	7,533円	8,289円	747円
	3 サービス利用に係る 利用者負担額(1-2)	754円	837円	921円	83円

家事 援 助	サービスに要する時間	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 1時間15分未満
	1 サービス利用料金	1,060円	1,530円	1,970円	2,390円
	2 うち、介護給付費が 給付される金額	954円	1,377円	1,773円	2,151円
	3 サービス利用に係る 利用者負担額(1-2)	106円	153円	197円	239円
	サービスに要する時間	1時間15分以上 1時間30分未満	1時間30分以上 1時間45分未満	以後15分増すごと に加算	
	1 サービス利用料金	2,750円	3,110円	350円	
	2 うち、介護給付費が 給付される金額	2,475円	2,799円	315円	
	3 サービス利用に係る 利用者負担額(1-2)	275円	311円	35円	

通 院 等 介 助 身 体 伴 う 場 合	サービスに要する時間	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
	1 サービス利用料金	2,560円	4,040円	5,870円	6,690円
	2 うち、介護給付費が 給付される金額	2,304円	3,636円	5,283円	6,021円
	3 サービス利用に係る 利用者負担額(1-2)	256円	404円	587円	669円
	サービスに要する時間	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	以後30分増す ごとに加算
	1 サービス利用料金	7,540円	8,370円	9,210円	830円
	2 うち、介護給付費が 給付される金額	6,786円	7,533円	8,289円	747円
	3 サービス利用に係る 利用者負担額(1-2)	754円	837円	921円	83円
通 院 等 介 助 身 体 伴 わ な	サービスに要する時間	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間半未満	1時間30分以上 2時間未満
	1 サービス利用料金	1,060円	1,970円	2,750円	3,450円
	2 うち、介護給付費が 給付される金額	954円	1,773円	2,475円	3,105円
	3 サービス利用に係る 利用者負担額(1-2)	106円	197円	275円	345円

い	サービスに要する時間	以後30分増すごとに加算			
	1 サービス利用料金	690円			
	2 うち、介護給付費が給付される金額	621円			
	3 サービス利用に係る利用者負担額(1-2)	69円			
同行 援 護	サービスに要する時間	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
	1 サービス利用料金	1,910円	3,020円	4,360円	5,010円
	2 うち、介護給付費が給付される金額	1,719円	2,718円	3,924円	4,509円
	3 サービス利用に係る利用者負担額(1-2)	191円	302円	436円	501円
	サービスに要する時間	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	以後30分増すごとに加算
	1 サービス利用料金	5,660円	6,320円	6,970円	660円
	2 うち、介護給付費が給付される金額	5,094円	5,688円	6,273円	594円
	3 サービス利用に係る利用者負担額(1-2)	566円	632円	697円	66円

<利用者負担の軽減について>

[利用者負担に関する月額上限]

○ 1か月当たりのサービス利用にかかる「定率負担」については、所得に応じて4区分の月額負担額が設定され、それ以上の負担の必要はありません。

区分	世帯の収入状況	1か月当たりの負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得1・2	市町村民税非課税世帯で、サービスを利用するご本人の収入が80万円以下及び80万円以上方	0円
一般1	居宅で生活する障害児(18歳未満) 但し、所属する世帯に市民税所得割額が16万円以上の場合是一般2	4,600円
一般1	居宅で生活する障害者(18歳以上) 但し、所属する世帯に市民税所得割額が16万円以上の場合是一般2	9,300円

一般2	一般1に該当しない世帯	37,200円
-----	-------------	---------

(4) 利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法(契約書第5条参照)

前記(2)、及び(3)の①の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月28日までに次のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。)

- ア 窓口での現金支払
- イ 下記指定口座への振り込み
三菱UFJ銀行 田原支店 普通預金 228332
- ウ 金融機関口座からの自動引き落とし

(5) 利用の中止、変更、追加(契約書第6条参照)

ア 利用予定日の前に、ご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又は変更することができます。この場合には、サービスの実施日の前日までに事業者に出してください。

イ 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合は、取消料として次の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、ご利用者の体調不良等止むを得ない場合は、取消料はいただきません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	利用者負担相当額

ウ 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。

エ サービス利用の変更又は追加は、ホームヘルパーの稼働状況によりご利用者等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ご利用者等に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

(6) 実費負担額(交通費等)の変更

実費負担額(交通費等)を変更する場合は、原則としてその2か月前までにご説明します。

7 サービスの利用に関する留意事項

(1) ホームヘルパーについて

☆ サービス提供時に、担当のホームヘルパーを決定します。ただし、実際のサービス提供に当たっては、複数のホームヘルパーが交替してサービスを提供します。担当のホームヘルパーや訪問するホームヘルパーが交替する場合は、あらかじめご利用者等に説明するとともに、ご利用者及びそのご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に十分に配慮します。

☆ ご利用者等から特定のホームヘルパーを指名することはできませんが、ホームヘルパーについてお気づきの点やご要望がありましたら、お客様相談窓口等にご遠慮なく相談ください。

(2) サービス提供について

☆ サービスは、「居宅介護等計画」に基づいて行います。実施に関する指示及び命令は、すべて事業者が行います。ただし、実際の提供に当たっては、ご利用者等の訪問時の状況、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・電気を含む)は無償で使用させていただきます。(ホームヘルパーが、事業所に連絡する場合の電話を使用させていただきます。)

(3) サービス内容の変更

☆ 訪問時に、ご利用者の体調(感染症等を含む)等の理由で居宅介護等計画に予定されていたサービスの実施ができない場合には、ご利用者等の同意を得て、サービス内容を変更します。その場合に、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) 受給者証の確認(契約書第3条参照)

☆「住所」及び「利用者負担額」、「支給量」など「受給者証」の記載内容に変更があった場合は、速やかにホームヘルパーにお知らせください。また、担当ホームヘルパーや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。

(5) ホームヘルパーの禁止行為

ホームヘルパーは、サービスの提供に当たって、次に該当する行為は行いません。

- ア 医療行為
- イ ご利用者、ご家族等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
- ウ ご利用者、そのご家族等からの金銭、物品又は飲食の授受
- エ 契約者のご家族等に対するサービスの提供
- オ 身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為(ご利用者、第三者等の生命又は身体を保護するため緊急止むを得ない場合を除く。)
- カ その他ご利用者又はそのご家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動及びその他迷惑行為

8 虐待の防止について

虐待防止に関する指針を定め、虐待防止に努めます。

9 身体拘束等の禁止

身体拘束の適正化のための指針を定め、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下「身体拘束等」という)を行いません。

10 サービス実施の記録について

(1) サービス実施記録の確認

当事業所では、サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、ご利用者等にその内容のご確認をいただきます。内容に、間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。なお、居宅介護等計画及びサービス提供ごとの記録は、サービス提供日から5年間保存します。

(2) ご利用者の記録や情報の管理、開示について(契約書第8条参照)

当事業所では、関係法令(及び田原市社会福祉協議会個人情報保護規程)に基づいて、ご利用者の記録や情報を適切に管理し、ご利用者等の求めに応じてその内容を開示します。(開示に際して必要な複写料などの諸費用は、ご利用者等の負担となります。)

11 損害賠償保険への加入(契約書第9条参照)

当事業者は、次の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 損害保険ジャパン株式会社
保険名 社協の保険

12 苦情、虐待等の受付について(契約書第 14 条参照)

(1) 苦情、虐待等の受付

当事業所に対する苦情や虐待等のご相談は、次の専用窓口で受け付けます。

○お客様相談係 赤羽根地域課訪問介護係 杉浦 成美 電話番号 0531-45-4333

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分

(2) 第三者委員

当事業所では、地域にお住まいの次の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から事業所サービスに対するご意見などをいただいています。ご利用者は、事業所への苦情や虐待等のご意見を「第三者委員」に相談することもできます。

< 第三者委員 >

名 前	連絡先
鈴木 誠 (田原市民生児童委員協議会副会長)	愛知県田原市高木町中畑53 電話番号:0531-32-1334
前田和宏 (田原市行政相談委員)	愛知県田原市神戸町新大坪118 電話番号:0531-23-1365

(3) 行政機関その他苦情、虐待等受付機関

田原市福祉部 地域福祉課 障害福祉グループ	所在地 田原市田原町南番場30番地1 電話番号 0531-23-3512 FAX 番号 0531-23-3545 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:15
豊橋市福祉部 障害福祉課	所在地 豊橋市今橋町1番地 電話番号 0532-51-2345 FAX 番号 0532-56-5134 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:15
愛知県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地 愛知県名古屋市東区白壁一丁目 50 番地 電話番号 052-212-5515 FAX 番号 052-212-5514 受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

13 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施は行っておりません。

14 緊急時及び事故発生時の対応について

- 訪問時において、利用者の体調等が急変した際、主治医又は、医療機関(救急車を含む)に適切に連絡を取り、必要な対応を行います。
- サービスの提供に起因する事故が発生した場合には、ご利用者等・ご家族に連絡するとともに、必要な措置を講じ、担当の相談支援事業所及び所管の行政機関に報告します。
- サービスの提供に伴って、事業所の責任となる事由により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

居宅介護サービスの提供に係る同意書

居宅介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行った者

説明者職氏名 サービス提供責任者

田原市社協ヘルパーステーション

管理者 杉浦 成美 殿

- 1 私は、居宅介護サービスの提供に関する契約締結に当たり、本書面に基づいて上記の者から重要事項の説明を受け、居宅介護サービスの提供開始に同意します。
- 2 居宅介護サービスの提供に当たり、利用者及び家族等の情報を、サービス担当者会議、関係事業者に提供することについて同意します。
- 3 居宅介護計画作成についての必要な情報を、市に対して請求することについて同意します。

令和 年 月 日

利用者住所

氏名

署名代理人住所

氏名

利用者との関係

(第三者契約の場合)

契約者住所

氏名

利用者との関係

※この重要事項説明書は、厚生労働省令第171号(平成18年9月29日)第9条の規定に基づき、利用申込者又はそのご家族への重要事項説明のために作成したものです。