

「指定障害者居宅介護等サービス」重要事項説明書

本重要事項説明書は、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、当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。

※ 本事業所では、利用者に対して障害者総合支援法に基づく居宅介護、重度訪問介護（以下、「居宅介護等」という。）を提供します。当サービスの利用は、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 |
| 2. 事業所の概要 | 2 |
| 3. 事業実施地域 | 2 |
| 4. 営業時間 | 3 |
| 5. 職員の体制 | 3 |
| 6. 当事業所が提供するサービスと利用料金 | 3 |
| 7. サービスの利用に関する留意事項 | 7 |
| 8. サービス実施の記録について | 8 |
| 9. 事故発生時の対応と損害賠償保険への加入 | 8 |
| 10. 緊急時の対応について | 8 |
| 11. 人権の擁護及び虐待防止について | 8 |
| 12. 苦情の受付について | 9 |
| 13. 第三者評価の実施状況 | 10 |

社会福祉法人 新十津川町社会福祉協議会
(新十津川町社会福祉協議会 障害者居宅介護事業所)

当事業所は北海道知事の指定を受けています。

(北海道知事指定 第 0117100024 号)

1. 事業者

| | |
|-------|-------------------------|
| 名 称 | 社会福祉法人 新十津川町社会福祉協議会 |
| 所在地 | 北海道樺戸郡新十津川町字中央 302 番地 2 |
| 電話番号 | 0125-76-2600 |
| 代表者氏名 | 会 長 小 林 透 |
| 設立年月 | 昭和 51 年 9 月 3 日 |

2. 事業所の概要

| | |
|---------------|--|
| 事業所の種類 | 指定障害者居宅介護事業所 平成 18 年 10 月 1 日指定 北海道知事指定 第 0117100024 号 |
| 事業の目的 | 居宅介護及び重度訪問介護事業の実施 |
| 事業所の名称 | 新十津川町社会福祉協議会 障害者居宅介護事業所 |
| 事業所の所在地 | 北海道樺戸郡新十津川町字中央 306 番地 3 |
| 電話番号 | 0125-74-6661 |
| 管理者氏名 | 事務局長 平 石 一 弘 (専任・兼任) |
| 事業所の運営方針について | 基本方針「利用者の立場にたったサービスを提供します」 身体障害者の心身の特性を踏まえて、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、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、外出時における移動中の介護、生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を行う。 |
| 開設年月 | 平成 18 年 10 月 1 日 |
| 事業所が行っている他の業務 | 指定訪問介護 (平成12年 2 月 29 日 北海道知事指定 第0177100187号) 指定訪問入浴介護 (平成12年 3 月 7 日 北海道知事指定 第0177100187号) 指定居宅介護支援 (平成16年 3 月 10 日 北海道知事指定 第0177100187号) 指定介護予防訪問入浴介護 (平成18年 4 月 1 日 北海道知事指定 第0177100187号) 介護予防・日常生活支援総合事業第 1 号訪問事業 (平成30年 4 月 1 日 空知中部広域連合長指定 第0177100187号) 地域活動支援センター事業 (受託) (平成18年10月 1 日) 地域生活支援事業 (受託) (平成18年10月 1 日) |

3. 事業実施地域

| |
|------------------|
| 北海道 樺戸郡 新十津川町全区域 |
|------------------|

4. 営業時間

| | |
|-----------|------------------|
| 営業日 | 年中無休 |
| 受付時間 | 月～金 8時45分～17時30分 |
| サービス提供時間帯 | 月～日 24時間体制 |

5. 職員の体制

〈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 | | | 1.0名 | 従業員の管理 |
| 2. サービス提供責任者 | 1 | | | 1.0名 | 介護計画の作成 |
| 3. 居宅介護従事者 （ホームヘルパー） | 2 | 2 | 3.0 | 2.5名 | 居宅介護の提供 |
| (1) 介護福祉士 | 2 | 2 | | | |
| (2) 訪問介護養成研修1級 （ヘルパー1級）課程修了者 | | | | | |
| (3) 訪問介護養成研修2級 （ヘルパー2級）課程修了者 | | 2 | | | |
| (4) 訪問介護養成研修3級 （ヘルパー3級）課程修了者 | | | | | |

当事業所では、利用者に対して指定障害者居宅介護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。

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。（例）週8時間勤務の職員が5名いる場合、常勤換算では、1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

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）

当事業所では、下記のサービス内容から「居宅介護計画」、「重度訪問介護計画」（以下、「居宅介護等計画」という。）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」（「受給者証」に記載してあります。）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、利用者や家族に事前に説明し、同意をいただくとともに写しを交付します。また、利用者の申し出により、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〉

I 居宅介護・重度訪問介護

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す。

※ 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…利用者の食事の用意を行います。

○洗濯…利用者の衣類等の洗濯を行います。

○掃除…利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。

○買い物…利用者の日常生活に必要な物品の買い物をします。

○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。）

※ 利用者以外の方の調理や洗濯、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 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。

II 重度訪問介護

外出時における移動中の介護

官公庁や銀行等の公共機関への用務など社会生活上不可欠な外出及び余暇活動等社会参加のための外出の援助を行います。

※ 1日の範囲内で用務を終えるもの原則とし、通勤、営業活動等の経済活動に係る外出、通年かつ長期にわたる外出の介助はいたしません。

(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、利用者は、利用者負担分としてサービス料金の1割（定率負担）を事業者にお支払いいただきます。

〈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、利用者の同意のもと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。

<利用者負担額の上限等について>

- ☆ 介護給付額対象のサービスの利用者負担額に上限が定められています。
- ☆ 利用者のご希望により、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市町村に申請すると介護給付費が支給されます。）

(3) サービス提供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下記の費用は、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。

- ① 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か月ごとにお支払いいただきます。）
- ② 「外出介護」や「通院介助」においてホームヘルパーに公共交通機関などの交通費等が必要な場合、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>

下記の料金表によって、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。

【居宅介護（身体介護）】

| 区 分 | 身体介護 30分 | 身体介護 60分 | 身体介護 90分 | 身体介護 120分 |
|--------------------------|----------|----------|----------|-----------|
| 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. サービス利用にかかる利用者負担額（1-2） | 256円 | 404円 | 587円 | 669円 |

※120分以上：30分を増すごとに83円を加算します。

【居宅介護（家事援助）】

| 区 分 | 家事援助 30分 | 家事援助 45分 | 家事援助 60分 | 家事援助 75分 |
|--------------------------|----------|----------|----------|----------|
| 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. サービス利用にかかる利用者負担額（1-2） | 106円 | 153円 | 197円 | 239円 |

※90分以上：15分を増すごとに35円を加算します。

【重度訪問介護】

| 区 分 | 4時間未満 | 8時間未満 | 12時間未満 | 16時間未満 |
|--------------------------|--------|---------|---------|---------|
| 1. サービス利用料金 | 7,360円 | 14,160円 | 20,960円 | 27,760円 |
| 2. うち、介護給付費が給付される金額 | 6,624円 | 12,744円 | 18,864円 | 24,984円 |
| 3. サービス利用にかかる利用者負担額（1－2） | 736円 | 1,416円 | 2,096円 | 2,776円 |

☆平常の時間帯（午前8時から午後6時）以外の時間帯でサービスを行う場合には、次の割合で利用料金に割増料金が加算されます。割増料金は、介護給付費の支給限度額の範囲内であれば、介護給付費の対象となります。

- ・夜間（午後6時から午後10時まで）：25%
- ・深夜（午後10時から午前6時まで）：50%
- ・早朝（午前6時から8時まで）：25%

☆厚生労働大臣が定める過疎地域等に居住しているご利用者様に対してサービスを提供した場合、他の加算を受けない地域と比較して、利用料金及び自己負担額ともに**15%**を乗じた額を加算した金額をお支払いいただきます。新十津川町は厚生労働大臣が定める地域に該当しています。（特別地域加算）

☆ご利用者様やその家族からの要請を受けてホームヘルパー等が当該サービスを緊急に行った場合、一月に2回を限度として1回につき**100円**を加算します。（緊急時対応加算）

☆新規にご利用される方に対し、初回の訪問時にサービス提供責任者が当該サービスを行った場合に**200円**を加算します。（初回加算）

☆当事業所は、有資格者の配置やサービス提供に係る研修及び会議を定期的に開催するなど、特定事業所加算Ⅱを算定できる体制を整えており、所定の金額に**10%**を乗じた額を加算した金額をお支払いいただきます。（特定事業所加算Ⅱ）

☆障害者総合支援法で定められた指定障害福祉サービスを2以上利用した場合、一つのサービス事業所が利用者負担上限額管理者となります。本会が利用者負担上限額管理者となり、利用者負担額の上限管理事務を行った場合、1月あたり**150円**を加算いたします。（利用者負担上限額管理加算）

☆厚生労働省の定める福祉・介護職員の処遇を改善するための加算として、サービス提供に要した介護報酬の総単位数に所定の割合（**居宅介護：34.7%**、**重度訪問介護：27.3%**）を乗じた額を加算した利用料をいただきます。（福祉・介護職員処遇改善加算Ⅲ）

〔利用者負担に関する月額上限〕

- 1か月あ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か月あたりの負担上減額 |
|------|--------------------------|--------------|
| 生活保護 | 生活保護受給世帯 | 0円 |
| 低所得 | 市町村民税非課税世帯（注1） | 0円 |
| 一般1 | 市町村民税課税世帯（所得割16万円（注2）未満） | 9,300円 |
| 一般2 | 上記以外 | 37,200円 |

（注1）3人世帯で障害者基礎年金受給の場合、収入が概ね300万円以下の世帯が対象となります。

（注2）収入が概ね600万円以下の世帯が対象となります。

(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、翌月末日までに以下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 |
| 金融機関 ピンネ農業協同組合 本所 |
| 口座名義 社協介護保険会計 |
| 口座番号 普通預金 1 2 3 3 2 0 2 |
| ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし |
| ご利用できる金融機関 ピンネ農業協同組合 本所 |
| エ. 担当ヘルパーへの現金支払 |

(5) 利用の中止、変更、追加（契約書第6条参照）

- ①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又は変更することができます。その際にはサービスの実施日の前日午後3時までに申し出てください。
- ②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、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し利用者の体調不良等やむをえ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 | 自己負担相当額 |

- ③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。
- ④サービス利用の変更・追加は、ホームヘルパー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。

(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あたっては、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、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に十分に配慮します。
- ☆ 利用者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・命令はすべて事業者

が行います。但し、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、利用者の体調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、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、事業所は、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」の記載内容の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、サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 医療行為② 利用者もしくはご家族等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり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 ご契約者の家族等に対するサービスの提供⑤ 飲酒・喫煙及び飲食（移動介護等において利用者の同意を得て利用者と一緒に飲食を行う場合は除きます。）⑥ 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）⑦ その他利用者もしくはその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. 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

本事業所では、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、利用者にも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、居宅介護計画及びサービス提供ごとの記録は、サービス提供日より5年間保存します。

（2）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）

本事業所では、関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者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、利用者の負担となります。）

9. 事故発生時の対応と損害賠償保険への加入（契約書第9条参照）

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村・利用者の家族に連絡し必要な措置を講じます。また、利用者に対するサービスの提供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。

| | | | | |
|---------|------------------|--------|-------|--|
| 保険会社名 | 日本興亜損害保険株式会社 | | | |
| 保 険 名 | 「社協の保険」社協総合補償プラン | | | |
| 補償の概要 | 対人・対物補償 | 1 億円 | | |
| | 保管物賠償 | 100 万円 | | |
| | 対人見舞費用 | 死亡 | 10 万円 | |
| | | 入院 | 3 万円 | |
| | | 通院 | 1 万円 | |
| 経済的損害補償 | 一事故 100 万円 | | | |

10. 緊急時の対応について（契約書第 9 条参照）

（1）24 時間連絡可能な体制を整えています。

①月～金 8 時 45 分～17 時 30 分 0125-76-2600

土・日・祝日 9 時 00 分～17 時 00 分 0125-76-2600

②上記以外の日時 担当の居宅介護従業者の連絡先

○サービス提供責任者 _____ が担当します。（連絡先： _____）

①の時間帯については、担当者が不在の場合でも他の居宅介護従業者等が対応し、担当者に連絡を取ります。また、緊急の場合では、他の居宅介護従業者等が必要な対応を行います。

②の時間帯については、担当者が対応します。

11. 人権の擁護及び虐待防止について

本事業所では、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、責任者を配置する等必要な措置を講じます。

○虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止責任者 _____（サービス提供責任者）

○成年後見制度の利用を支援します。

○苦情解決体制を整備します。

○従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。

12. 苦情等の受付について（契約書第 14 条参照）

（1）当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談（お客様相談係）

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

○お客様相談係＜苦情受付窓口（担当者）＞

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：45～17：30

＜苦情解決責任者＞

本事業所では、地域の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所に対するご意見などもいただいています。本事業所への苦情や意見は第三者委員に相談することもできます。

○第三者委員（連絡先）社協監事 土岐典史（ ）、社協監事 野崎勇治（ ）

(2) 行政機関その他苦情受付機関

| | | |
|--|-------------------------|--|
| 新十津川町役場 保健福祉課 保健福祉グループ (障害福祉担当) | 所在地 電話番号・FAX 受付時間 | 新十津川町字中央 307 番地 1 総合健康福祉センター「ゆめりあ」 0125-72-2000・0125-72-2006 月曜日～金曜日 8:45～17:30 |
| 北海道社会福祉協議会 (運営適正化委員会) | 所在地 電話番号・FAX 受付時間 | 札幌市中央区北 2 条西 7 丁目 道立社会福祉総合センター 011-204-6310・011-204-6311 月曜日～金曜日 9:00～17:00 |

13. 第三者評価の実施状況

| | |
|--------------|--|
| 実施している | <input type="checkbox"/> 実施していない (令和 5 年度) |
| 【実施日： 年 月 日】 | 【評価機関名： 】 |
| 【結果の開示状況： | 】 |

平成 年 月 日 (平成 29 年度)

指定障害者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いました。

事業所名 新十津川町社会福祉協議会 障害者居宅介護事業所
管理者名
説明者職名 印
(サービス提供責任者)

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定障害者居宅介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所
氏 名 印
家族代理人住所
氏 名 印

※利用者が自署できない場合、以下に署名代行した方の氏名及び代行の理由を記入する。

署名代理人 印
署名代理の理由

※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家族への重要事項説明のために作成したものです。