

「指定障害福祉サービス」重要事項説明書

利用者

様

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、当施設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。

1. 事業者

平成28年6月1日現在

- (1) 名称 社会福祉法人 観音寺市社会福祉協議会
- (2) 所在地 香川県観音寺市坂本町一丁目1番6号
- (3) 電話番号 0875-25-7773
- (4) 代表者 会長 白川晴司
- (5) 設立年月日 平成17年10月11日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定障害福祉サービス事業所・平成18年4月1日指定
- 対象者区分 身体障害者、知的障害者、障害児、精神障害者、難病
- (2) 事業の目的 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居宅介護の提供を確保することを目的とする。
- (3) 事業所の名称 社会福祉法人観音寺市社会福祉協議会
- (4) 事業所の所在地 香川県観音寺市坂本町一丁目1番6号
- (5) 電話番号 0875-57-6016・FAX: 0875-25-7790
- (6) 管理者氏名 常務理事兼事務局長 高橋 守 (兼任)
- (7) サービスの種類 指定居宅介護、指定重度訪問介護、指定同行援護
- (8) 指定事業者番号 3712013048
- (9) 事業所の運営方針について 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、利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、適切な援助を行うものとする。
- (10) 開設年月 平成17年10月11日
- (11) 事業所が行なっている他の業務 指定訪問介護事業、指定訪問入浴介護事業
指定居宅介護支援事業、指定介護予防訪問介護事業

3. 事業実施地域

観音寺市

4. 営業時間

- (1) 営業日 月曜日から金曜日、ただし国民の祝日、12月29日から1月3日までを除く（ご要望があれば、ご相談に応じます。）
- (2) サービス提供時間帯 月～金 午前7時～午後10時
- (3) 受付時間 月～金（祝祭日、年末年始除く）午前8時30分～午後5時15分
※年末年始12月29日から1月3日

5. 職員の体制（主な職員の配置状況）

- (1) 管理者 非常勤 1名（指定基準1名） 職務：従業者及び業務の管理
- (2) サービス提供責任者 常勤 1名（指定基準1名）、非常勤2名
職務：居宅介護等計画の作成及びサービス内容の管理
- (3) 居宅介護従事者 常勤5名 非常勤33名 常勤換算11.1人（指定基準2.5人）
職務：居宅介護計画・重度訪問介護計画・同行援護計画に基づきサービスの提供

- ・介護福祉士 常勤 5 名、非常勤 9 名
- ・訪問介護養成研修 1 級（ヘルパー 1 級）課程修了者等 非常勤 5 名
- ・訪問介護養成研修 2 級（ヘルパー 2 級）課程修了者 非常勤 19 名

当事業所では、利用者に対して指定居宅介護、指定重度訪問介護、指定同行援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施設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」を定めて、サービスを提供します。「居宅介護計画」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、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

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。）

- 食事介助…食事の介助を行います。
 - 排せつ介護…排せつの介助、おむつ交換を行います。
 - 衣類着脱の介護…衣服の着脱の介護を行います。
 - 入浴介助・清拭・洗髪…入浴の介護や清拭（体を拭く）や洗髪などを行います。
 - 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…利用者の食事の用意を行います。
- 衣類の洗濯、補修…利用者の衣類等の洗濯、補修を行います。
- 住居等の掃除、整理整頓…利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。
- 生活必需品の買い物…利用者の日常生活に必要となる物品の買い物を行います。
- 関係機関との連絡
- その他必要な家事

※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。

II. 重度訪問介護（身体介護や家事援助、見守りなど生活全般を支援します。）

（脳性まひなどの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。）

身体介護、家事援助、外出時における移動の介護等を行います。具体的な内容は、身体介護、家事援助と同様です。

III. 同行援護

視覚障害により移動に著しい困難を有する障害者等が外出する際、同行し、移動に必要な情報提供等の必要な援助を行います。

IV. 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) 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。4 頁に記載する個別減免が適用される場合には、減免後の金額となります。

＜ 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>

- 介護給付費対象のサービス（ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ）利用者負担額は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。
- 当事業所において利用者負担の上限管理を担当し、具体的に上限を超える際の調整を行った場合には、別途上限管理にかかる費用（月額150円）をお支払いいただきます。

<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ヶ月ごとにお支払いいただきます。）
- ② 「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のほか、入場料、利用料等が必要な場合、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。 【午前8時から午後6時まで】

（指定居宅介護）

| | | 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 |
|------|-----------|--------|----------------|-------------------|------------------------|
| 身体介護 | | 2,450円 | 3,880円 | 5,640円 | 6,290円に30分増すごとに800円を加算 |
| 通院介護 | 身体介護を伴う | 2,450円 | 3,880円 | 5,640円 | |
| | 身体介護を伴わない | 1,010円 | 1,890円 | 2,460円 | 3,310円に30分増すごとに670円を加算 |
| 同行援護 | 身体介護を伴う | 2,560円 | 4,050円 | 5,890円 | 6,720円に30分増すごとに830円を加算 |
| | 身体介護を伴わない | 1,050円 | 1,990円 | 2,780円 | 3,480円に30分増すごとに700円を加算 |

（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 |
|--------|---------------|---------------|
| 1,830円 | 2,730円 | 3,640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 |
|--------|----------------|----------------|-------------------|----------------------|------------------------|
| 1,010円 | 1,460円 | 1,890円 | 2,290円 | 2,640円 | 2,980円に15分増すごとに340円を加算 |

- ・ 早朝・夜間は25%、深夜は50%加算となります。
- ・ 早朝は午前6時から午前8時、夜間は午後6時から午後10時まで。
- ・ 深夜は午後10時から翌朝午前6時まで。

<利用者負担の減免について>

[利用者負担に関する月額上限]

- 1ヶ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5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ヶ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1 | 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80万円以下の方 | 0円 |
| 低所得2 | 市町村民税非課税世帯 | 0円 |
| 一般1 | 市町村民税課税世帯 | 障害者 9,300円 障害児 4,600円 |
| 一般2 | 市町村民税課税世帯 | 37,200円 |

③介護職員の処遇改善に資するため、基本サービス費に各種加算を加えた総単位数に居宅介護、同行援護は22.1%、重度訪問介護14%を乗じた額を加算させていただきます。(一単位未満端数四捨五入、利用者負担1円未満切り捨て)なお、当該加算は、区分支給限度基準額の算定対象からは除外されます。

(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25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。)

- ①現金支払……サービス提供時に毎回又は月1回決められた日までにお支払いいただきます。
- ②指定口座への振り込み……期日までに利用者の方がお振り込み下さい。手数料は利用者負担となります。
- ③金融機関口座からの自動引き落とし……指定の金融機関の口座から月1回引き落としします。手数料は事業所負担です。(ほとんどの金融機関がご利用になれます)

(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。この場合にはサービスの実施日の前日午後5時までに事業所に申し出て下さい。
- 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 | 利用者負担相当額 |

- 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、「居宅介護計画」にもとづいて行います。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、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（及び観音寺市社会福祉協議会個人情報保護規定）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. 損害賠償保険への加入（契約書第9条参照）

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 社会福祉法人 全国社会福祉協議会

保険名 「社協の保険」

補償の概要 社協の業務すべてを保証（対人・対物事故、人格権侵害等賠償保証）

10. 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] 鈴木 正美

○受付時間 月曜日～金曜日（祝祭日、年末年始を除く）午前8時30分～午後5時15分

(2) 行政機関その他苦情受付機関

(1) 観音寺市健康福祉部社会福祉課障がい者福祉係

所在地 観音寺市坂本町一丁目1番1号 電話番号 0875-23-3930

受付時間 月曜日～金曜日(祝祭日、年末年始を除く)

午前8時30分～午後5時15分

(2) 香川県社会福祉協議会運営適正化委員会

所在地 高松市番町一丁目10番35号 香川県社会福祉総合センター内

電話番号・FAX共 087-861-1300

受付時間 月曜日～金曜日(祝祭日、年末年始を除く) 午前9時～午後5時

11. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせに従い、主治医、救急隊、親族等へ連絡します。

| | | | | |
|---------|-------|--|------|--|
| 利用者の主治医 | 氏名 | | | |
| | 医療機関名 | | | |
| | 所在地 | | | |
| | 電話番号 | | | |
| 緊急連絡先Ⅰ | 氏名 | | | |
| | 住所 | | | |
| | 連絡先① | | 連絡先② | |
| 緊急連絡先Ⅱ | 氏名 | | | |
| | 住所 | | | |
| | 連絡先① | | 連絡先② | |
| 緊急連絡先Ⅲ | 氏名 | | | |
| | 住所 | | | |
| | 連絡先① | | 連絡先② | |

平成 年 月 日

居宅介護等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。

管理者名 高橋 守 (事務局長)

説明者職名 サービス提供責任者 氏名 印

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、居宅介護等サービスの提供開始に同意しました。

私は、この契約書に基づく居宅介護サービスの利用を申し込みます。

利用者 住所

氏名 印

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ私が利用者に代わって、その署名を代筆いたします。

署名代筆者 住所

氏名 印

電話番号

(利用者との関係)