

「居宅介護サービス」重要事項説明書

※ 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。

1. 事業者

名 称	社会福祉法人 神河町社会福祉協議会
所在地	兵庫県神崎郡神河町粟賀町630番地
電話番号	0790-32-2303
代表者氏名	会長 秋山紀史
設立年月	平成17年11月7日

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定居宅介護事業所 事業所番号 2813400062
事業の目的	神河町における社会福祉事業、その他の社会福祉活動を目的とする事業の健全な発達及び社会福祉に関する活動の活性化により、地域福祉の推進を図ることを目的とする。
事業所の名称	神河町社会福祉協議会訪問介護事業所
事業所の所在地	兵庫県神崎郡神河町粟賀町630番地
電話番号	0790-32-2303
管理者氏名	事務局長 難波義博（兼任）
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出来るよう、利用者の意思及び人格を尊重し、当該利用者の身体その他の状況及びそのおかれている環境に応じて、入浴、排泄及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言並びに外出時における介護その他の生活全般にわたる援助を適切に行う。
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	介護保険訪問介護事業

3. 主な事業実施地域

神河町全域

4. 営業時間

営業日	日曜日と年末年始（12月29日～1月3日）を除く、全ての日
受付時間及びサービス提供時間	午前8時30分～午後5時15分

5. 職員の体制

職 種	人 員
1. 事業所長（管理者）	1名
2. サービス提供責任者	1名（常勤／介護福祉士）

3. 居宅介護従事者（ホームヘルパー）

3名以上

※当事業所では、利用者に対してサービス提供する者として、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、町が決定した「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、写しを利用者に交付します。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>

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…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。）

※ 利用者以外の方の調理や洗濯、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、必要に応じ健康や日常生活上の状況をお伺いし、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。3頁に記載する個別減免が適用される場合は、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ヘルパー2人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>

- 介護給付費対象のホームヘルプサービス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。

<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費用が発生する場合は、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。

<サービス利用料金>

1回あたりのお客様のサービス利用料は下記の料金表のとおりです。

	30分未満	45分未満	60分未満	75分未満	90分未満
居宅における家事援助	188円	271円	350円	424円	487円
居宅における身体介護	453円		716円		1,040円
通院介助	453円		716円		1,040円

上記金額に、特定事業所加算Ⅱ(10%)、特定地域加算(15%)、福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅰ(41.7%)が加算されています。

<その他の加算>

初回加算（サービス提供責任者が訪問した場合）	200円
緊急時対応加算（サービス提供責任者が訪問した場合）	100円

<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	負担上限額
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	0円
一般1	障害者	4,600円
	障害児	9,300円
一般2	上記以外	37,200円

〔社会福祉法人減免〕 対象：訪問系サービス（居宅介護、同行援護）

- 収入や資産が一定以下の場合、社会福祉法人減免の対象となります。

○ 一つの事業所における上限額は、月額負担上減額の半額となります。

区 分	一つの事業所あたりの月額上限負担額
低所得1	7,500円
低所得2	12,300円

(社会福祉法人減免の対象となる収入、資産の状況)

	収入	預貯金等
単身世帯	150万円以下	350万円以下
2人世帯	200万円以下	450万円以下
3人世帯	250万円以下	550万円以下

(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. 当事業所窓口での現金支払
イ. 下記指定口座への振り込み 但陽信用金庫 粟賀支店 普通預金 5118688 社会福祉法人神河町社会福祉協議会 介護保険等事業 会長 秋山紀史
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：JA兵庫西農協か但陽信用金庫

(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実施日の前日の午後5時15分までに事業者へ申し出てください。
- 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	利用者負担相当額

- ③市町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

- ①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。

- ②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

- ①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。
- ②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。

(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 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保 険 名 「介護保険・社会福祉事業者総合保険」
補償の概要 賠償補償

*ホームヘルパーが業務中にお客様の身体または財物に損害を与え、法律上の賠償責任を負った場合にその損害を補償します

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> 坂元 滋 樹
<苦情解決責任者> 管理者 難波 義 博

○電話番号 0790-32-2303

○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) 行政機関その他苦情受付機関

神河町役場健康福祉課	所在地	兵庫県神崎郡神河町粟賀町630
	電話番号	0790-32-2421
	FAX	0790-31-2800
	受付時間	午前8時30分～午後5時15分
兵庫県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地	神戸市中央区坂口通2-1-1
	電話番号	078-242-4633
	FAX	078-242-4153
	受付時間	午前9時～午後5時

11. 虐待の防止について

本事業所では利用者に対する虐待を早期に発見して迅速かつ適切に次の対応を図ります。

① 虐待の防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者 管理者 難波義博

② 成年後見制度の利用を支援します。

③ 苦情解決体制を整備します。

④ 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いたします。

12. 業務継続計画 (BCP) の策定

感染症や非常災害の発生時において、業務を継続的に実施、再開するまでの計画を策

定し、必要な研修及び訓練を定期的を開催します。

13. ハラスメント対策の強化

すべての介護サービス事業所に、男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策に関する業務者の責務を踏まえつつ、パワハラ、セクハラなどのハラスメントへの対策を行います。

令和 年 月 日

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。

説明者職名 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、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

()

印