

「障害福祉サービス」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、当施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意ください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自立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、原則として自立支援給付費の支給決定を受けた方などが対象となります。

◆◆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 | 2 |
| 5 . 職員の体制 | 3 |
| 6 . 主たる対象者 | 3 |
| 7 . 当事業所が提供するサービスと利用料金 | 3 |
| 8 . サービスの利用に関する留意事項 | 7 |
| 9 . サービス実施の記録について | 8 |
| 10 . 虐待防止のための措置 | 8 |
| 11 . 損害賠償保険への加入 | 8 |
| 12 . 緊急時の対応について | 9 |
| 13 . 苦情の受付について | 9 |
| 14 . 個人情報の使用にかかわる同意書について | 10 |

社会福祉法人中津川市社会福祉協議会
中津川市社会福祉協議会訪問介護事業所

岐阜県の指定を受けています。
指定 第 211500233 号

1. 事業者

| | |
|-------|--------------------|
| 名 称 | 社会福祉法人 中津川市社会福祉協議会 |
| 所在地 | 岐阜県中津川市かやの木町2番5号 |
| 電話番号 | 0573-66-1111 |
| 代表者氏名 | 会長 加藤 出 |
| 設立年月 | 昭和53年2月6日 |

2. 事業所の概要

| | |
|----------------|--|
| 事業所の種類 | 指定障害福祉サービス事業所 ・平成22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） |
| 事業の目的 | 障害者自立支援法における適正な居宅介護事業の提供をすることを目的とする。 |
| 事業所の名称 | 中津川市社会福祉協議会訪問介護事業所 |
| 事業所の所在地 | 岐阜県中津川市付知町5881番地32 |
| 電話番号 | 0573-82-3174 |
| 管理者氏名 | 田口 麻里子 |
| 事業所の運営方針について | 利用者の心身の特性をふまえて、身体介護、生活援助等生活全般にわたる援助を行う。 |
| 開設年月 | 平成22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17年4月1日指定 指定介護予防訪問介護 平成18年4月1日指定 |

3. 事業実施地域

中津川市内

4. 営業時間

| | |
|-----------|--|
| 営業日 | 月～金 8時30分～17時15分 |
| 受付時間 | 月～金 8時30分～17時15分 |
| サービス提供時間帯 | 月～金 8時30分～17時15分 (それ以外の対応についてはご相談に応じます) |

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。

- | | |
|--------------|-------------|
| 1. 管理者 | 介護福祉士 1名 |
| 2. サービス提供責任者 | 介護福祉士 4名以上 |
| 3. 訪問介護員 | 常勤換算 2.5名以上 |

当事業所では、利用者に対して指定訪問介護、指定予防訪問介護、指定障害福祉サービス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. 主たる対象者

| | |
|------------|-------------------|
| 居宅介護 | |
| (1) 身体障害 | 18 歳未満を除く |
| (2) 知的障害 | 18 歳未満を除く |
| (3) 障害児 | 18 歳未満の身体障害及び知的障害 |
| (4) 精神障害者 | 18 歳未満の者を含む |
| (5) 難病等対象者 | 18 歳未満の者を含む |

7. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 「サービス計画」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。「サービス計画」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。「サービス計画」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。**

（ 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。6 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の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>

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。(個別減免等の負担軽減措置については6頁をご参照ください)

| | |
|--------------------------|---|
| 1. サービス利用料金 | 円 |
| 2. うち、介護給付費が給付される金額 | 円 |
| 3. サービス利用にかかる利用者負担額(1-2) | 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。

| 所得区分 | | 負担上限月額 | 備考 |
|------|---|--|--|
| 一般2 | 市町村民税課税世帯(一般1に該当する者を除く。) | 37,200円 | 個別減免及び通所施設・在宅サービス等軽減は、廃止となる(医療型個別減免は、存続される。) |
| 一般1 | 市町村民税課税世帯(所得割16万円(障害児(注)にあたっては28万円)未満の者に限り、20歳以上の施設等入所者を除く) | 【施設等入所者以外】 障害者 9,300円 障害児 4,600円 【20歳未満の施設等入所者】 9,300円 | |
| 低所得 | 低所得2 | 0円 | |
| | 低所得1 | | |
| 生活保護 | 生活保護受給者世帯 | | |

※注 「障害児」は、20歳未満の施設等入所者を含み、加齢児を除くものとする。なお、20歳以上の施設等入所者が「一般1」の所得区分に該当することはない。

(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、翌月〇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 東美濃農協 付知支店 普通預金 0 0 0 4 1 6 1 名義 中津川市社会福祉協議会 付知支所 |
| 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： |

(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の実施日の前日までに事業者へ申し出て下さい。
- 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 | 500 円 |

- 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。
- ③ 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。

8 . 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。

- | |
|--|
| <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 |
|--|

9 . 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、サービス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 (及び中津川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。)

10 . 虐待防止のための措置について

本事業所は利用者の人権擁護・虐待防止等のため次の措置を講じます。

- ・ 責任者の選定及び設置
- ・ 成年後見制度の利用支援
- ・ 苦情解決体制の整備
- ・ 従業者に対する啓発・普及のための研修

11 . 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 | 東京海上日動火災保険株式会社 | 保 |
| 険名 | 居宅介護保険[A] | |
| 補償の概要 | 賠償責任保険 | |

12 . 緊急時における対処方法

本事業所は、サービスの提供中にご契約者の病変及び事故が生じた場合、必要な措置 を講ずるとともに以下の対応を行います。

- ① 契約時に教えて頂いた (下記連絡先。) 家族ないし緊急連絡先へ電話等により連絡する。
- ② 主治医への連絡及び家族への指示、依頼する場合があります。
- ③ 急を要する場合は、事業所の判断により救急車をようせいします。家族への報告は事後となる場合があります。

13. 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）＞ 管理者 田口 麻里子

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：15

＜苦情解決責任者＞ 中津川市社会福祉協議会 付知支所長 丹羽 久子

（2）第三者委員

本事業所では、地域にお住まいの以下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のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、本事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

＜第三者委員＞

| 名 前 | 連絡先 |
|---------|----------------|
| 鈴木 政 志 | 電話0573-63-2950 |
| 富 田 節 子 | 電話0573-72-3448 |

（3）行政機関その他苦情受付機関

| | |
|--------------------------|---|
| 中津川市役所 健康福祉部障害援護課 | 所在地 中津川市かやの木町2番5号健康福祉会館内 電話番号 0573-66-1111(686)・FAX0573-62-0058 受付時間 午前8時30分から午後5時15分 |
| 岐阜県社会福祉協議会 (運営適正化委員会) | 所在地 岐阜市下奈良2-2-1 県福祉農業会館 電話番号 058-273-1111・FAX058-275-4858 受付時間 午前8時30分から午後5時15分 |

14. 個人情報の使用にかかわる同意書について

（1）使用目的

- ・ 介護サービスの提供
- ・ 利用者の援助計画を立案し、円滑にサービスが提供される為のサービス担当者会議での情報提供
- ・ サービス事業者との連絡調整等
- ・ 他の居宅サービス事業者からの照会、居宅介護支援事業所からの照会
- ・ その他サービス提供に関して必要性がある場合
- ・ 行政機関が行うサービス担当者会議等
- ・ 行政機関への相談又は届け出等
- ・ 医療機関、主治医との連携
- ・ 介護給付費・訓練等給付費請求の為の事務関係
- ・ 賠償責任保険等にかかわる保険会社等への相談や届け出等

(2) 使用にあたっての条件

- ・ 必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外に洩れることがないように注意いたします
- ・ 個人情報を使用した場合、その内容や提供した相手について記録しておきます。また、要望があれば開示します
- ・ 情報提供について同意しがたい事項がある場合は、その旨を申し出て下さい。申し出がない場合は、同意して頂けたものとして取り扱わせて頂きます。ただし、後から変更されることは可能です

個人情報を使用する事業所（契約者）

所在地 岐阜県中津川市付知町5881番地32

名称 中津川市社会福祉協議会付知支所 中津川市社会福祉協議会訪問介護事業所

電話 0573-82-5225

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。

管理者名 中津川市社会福祉協議会訪問介護事業所

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、居宅介護サービスの提供開始に同意しました。

また、私（利用者）及び家族にかかわる個人情報の保護について、上記内容の説明を受けこれに同意いたしました

平成____年____月____日

利用者住所 岐阜県中津川市 _____

氏 名 _____ 印 代理人 _____ 印

※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。

