指定居宅介護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	2
5. 職員の体制	2
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	6
8. サービス実施の記録について	7
9. 損害賠償保険への加入	7
10. 苦情の受付について	7

社会福祉法人 古河市社会福祉協議会
(古河社協介護ステーション指定居宅事業所)
当事業所は、茨城県の指定を受けています。
(第0810400184号)

1. 事業者

名 称	社会福祉法人 古河市社会福祉協議会
所 在 地	茨城県古河市新久田271番地1
電 話 番 号	0280-47-0150
代 表 者 氏 名	会 長 塚 田 晴 夫
設 立 年 月	平成18年4月1日

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定居宅介護事業所・平成18年4月1日指定茨城県0810400184号 (居宅介護・重度訪問介護・行動援護・同行援護)
事業の目的	要支援状態にある利用者に対し、適正な運営を図る。
事業所の名称	古河社協介護ステーション指定居宅事業所
事業所の所在地	茨城県古河市新久田271番地1
電 話 番 号	0280-47-0150
管 理 者 氏 名	八千代 祐子
事業所の運営方針について	要支援者等の心身の特性を踏まえて、そ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、食事の介護その他全般にわたる援助を行う。
開 設 年 月	平成18年4月1日
事業所が行なっている他の業務	居宅介護支援 平成18年4月1日指定茨城県0870400413号 訪問介護 平成18年4月1日指定茨城県0870400447号

3. 事業実施地域

茨城県古河市の区域

4. 営業時間

営 業 日	日曜～土曜（但し、12月29日～1月3日を除く。）
受 付 時 間	月～金 8時30分～17時
サービス提供時間帯	月～金 7時～21時、 土・日・祝日 7時～21時
緊急連絡先	090-4930-4119（常時対応）

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
管理者	1	
介護福祉士	4	19
介護職員初任者研修		1
ヘルパー 1 級		
ヘルパー 2 級		10

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、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、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。

○同行援護

- ・移動時及びそれに伴う外出先において必要な視覚的情報の支援(代筆・代読)を行います。
- ・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。

○重度訪問介護

- ・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並びに生活等の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います。

○行動援護

- ・利用者が行動する際、危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護、排せつ及び食事等の介護、その他行動の際に必要な援助を行います。

(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、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。

尚、定額負担または利用者負担額の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

<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、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、利用者には「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。）

(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ヶ月ごとに計算し、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ヶ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

常陽銀行 総和支店 普通預金 1349042
社会福祉法人 古河市社会福祉協議会
会 長 塚 田 晴 夫

(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17時までには事業者申し出てください。
- 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には、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	支援料の50%

- 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ヵ月前までにご説明します。

(7) 福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅱ）適用事業所

(8) 特定事業所加算（Ⅱ）適用事業所

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により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、利用者にご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（及び古河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	あいおいニッセイ同和損保保険株式会社
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
補償内容	訪問介護・訪問事業賠償責任保障

10. 苦情等、虐待の受付について（契約書第14条参照）

(1) 当事業所における苦情等、虐待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等、虐待のご意見、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。

また、古河市社会福祉協議会第三者委員に直接苦情を申し立てることもできます。

○ お客様相談係<苦情、虐待受付窓口（担当）石川 美紀>

- ・ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:15
- ・ 電話番号 0280-47-0150

○ 古河市社会福祉協議会 第三者委員

- ・ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:15

・電話番号 0280-48-0808

(2) 行政機関その他苦情受付機関

古河市役所 障害福祉課	所在地 古河市駒羽根1501 電話番号 0280-92-4919 FAX 0280-92-7564 受付時間 午前9時～午後5時
茨城県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地 水戸市千波町1918 電話番号 029-241-1133 FAX 029-241-1434 受付時間 午前9時～午後5時

11. 第三者評価の実施

実施している	実施していない
【実施日： 年 月 日】	【評価機関： 】
【結果の開示状況	】

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。

令和 年 月 日

事業者

所在地 茨城県古河市新久田271番地1

名称 古河社協介護ステーション指定居宅事業所

説明者 _____ 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。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人 住 所 _____

利用者との続柄 _____ 電話 _____

氏 名 _____ 印