

障害福祉サービス(居宅介護等)重要事項説明書

この重要事項説明書は、社会福祉法第76条及び第77条の規定に基づき、文章により説明を行うものです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 大田原市社会福祉協議会
法人種別	社会福祉法人
事業者の所在地	大田原市本町1-3-1
代表者名	会 長 相馬 憲一
電話番号/FAX番号	電話0287-23-1130 FAX0287-23-1138
認可年月日/認可番号	平成18年10月1日 栃木県指令障第109-142号

2. 事業の目的と運営の方針

事業所の種類	居宅介護事業所、重度訪問介護事業所、同行援護事業所、移動支援委託事業所
事業所の目的	社会福祉法人大田原市社会福祉協議会が設置する大田原市社会福祉協議会（以下「事業所」という。）において実施する障害福祉サービス事業の居宅介護、重度訪問介護、同行援護及び移動支援（以下「居宅介護等」という）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、居宅介護等の円滑な運営管理を図るとともに、障害者及び障害児の保護者（以下「利用者等」という。）の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者等の立場に立った居宅介護等の提供を確保することを目的とします。
事業所の名称	大田原市社会福祉協議会
事業所番号	第0911000099号
事業開始年月日	居宅介護、重度訪問介護 平成18年10月1日 同行援護 平成24年6月1日
管理者名	齋藤 一美
サービス提供責任者	郡司 千尋
事業所の所在地	栃木県大田原市黒羽田町848
主たる対象者	知的障害者 精神障害者 身体障害者 障害児 難病等
運営方針	当事業所は、居宅介護等事業の実施に当たり、利用者等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、排泄、食事の介護、移動その他生活全般にわたる援助に努めます。 当事業所は、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、利用者等が良質で総合的なサービスが受けられるよう、そのサービスの提供に努めます。
電話番号/FAX番号	TEL0287-54-1849 / FAX0287-54-2745

ホームページ	https://ohtawara-shakyo.or.jp/		
開設年月日	平成 21 年 6 月		
サービス提供地域	大田原市内		
サービス提供日	日曜日から土曜日までの毎日		
サービス提供時間	早 朝	通常時間帯	夜間帯
	午前 6 時 ～午前 8 時	午前 8 時 ～午後 6 時	午後 6 時 ～午後 1 0 時

3. 職員体制

区分	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者		1 名		職員・業務全般の管理	1 名
サービス提供責任者		2 名			2 名
事務職員		1 名			1 名
訪問介護員	介護福祉士	3 名 (2 名)	2 名	居宅介護、重度訪問介護、同行援護、移動支援	5 名 (2 名) うち同行援護従事者 3 名
	2 級修了者、介護職員初任者研修終了者	1 名	6 名	居宅介護、重度訪問介護、同行援護、移動	7 名 うち同行援護従事者 1 名
		6 名	8 名		1 4 名

() 内は提供責任者兼務

4. サービス内容

(1) 居宅介護

ア身体介護（ご家庭に訪問し、入浴や排泄、食事の介助をします。）

イ家事援助（ご家庭に訪問し、調理、洗濯、掃除などの家事等の支援をします。）

ウ通院介助（病院への通院のための介助をします。）

(2) 重度訪問介護（重度の肢体不自由者で常に介護を必要とする人に、自宅で入浴、排泄、食事の介護、外出時における移動支援などを総合的に行います。）

(3) 同行援護（重度の視覚障害がある方の移動の援護と移動に必要な情報提供を行います。）

(4) 移動（外出）支援（重度の視覚障害がある方、全身性障害がある方及び知的障害がある方等の通院や外出の介助を行います。）

(5) その他生活等に関する相談や助言をいたします。

5. 利用料金

(1) 利用者負担額(利用者本人及び扶養義務者の負担能力に応じ市町村が決定する額)

上記サービス利用に対しては、障害者総合支援法に基づく介護給付費等が支給されます。障害者総合支援法に基づく介護給付費等は、本事業所が代理受領致しますので、利用者から受給者証の記載内容に基づき、ご利用者負担額をお支払いいただきます。

〈二人のヘルパーによりサービスを提供した場合〉

一人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合、同時に二人のヘルパーによってサービスを提供した場合は、二倍のご利用者負担額を頂きます。

※利用者の出身世帯が他の市町村に転出する場合は、ご利用者負担額が変わることもありますので、あらかじめ事業所までご連絡をお願いします。

※事業所が利用者に代わり市町村から受領した障害者総合支援法に基づく介護給付費等の額については、ご利用者に通知いたします。

※障害者総合支援法に基づく介護給付費等を事業者が代理受領を行わない場合(償還払い)は、市町村が定める障害者総合支援法に基づく介護給付費等基準額の全額を一旦お支払いいただきます。この場合、ご利用者に「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障害者総合支援法に基づく介護給付費等が支給されます。

利用料金表

(R6(2024)年4月報酬改正)

サービスの種類・時間等		単位数
居宅介護（身体介護）	30分未満	256単位
	30分以上1時間未満	404単位
	1時間以上1時間30分未満	587単位
	1時間30分以上2時間未満	669単位
居宅介護（家事援助）	30分未満	106単位
	30分以上45分未満	153単位
	45分以上1時間未満	197単位
	1時間以上1時間15分未満	239単位
居宅介護（通院介助身体伴わない）	30分未満	106単位
	30分以上1時間未満	197単位
	1時間以上1時間30分未満	275単位
重度訪問介護	1時間未満	186単位
	1時間以上1時間30分未満	277単位
	1時間30分以上2時間未満	369単位
	2時間以上2時間30分未満	461単位
同行援護	30分未満	191単位
	30分以上1時間未満	302単位
	1時間以上1時間30分未満	436単位
	1時間30分以上2時間未満	501単位

・所定の単位数に10円を乗じて得た額です

加算項目

※基本料金への加算（上乘せ）地域区分が「7級地」に見直され、10円あたり0.18円を加算します

※福祉・介護職員処遇改善加算 福祉・介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる場合に、居宅介護、同行援護においては利用金額の34.7%を加算します。重度訪問介護においては利用金額の27.3%を加算します。

※初回加算 新規に居宅介護計画した利用者に対して、初回のサービス提供と同月内に、サービス提供責任者が、自らサービス提供を行う場合等に加算されます。

※緊急時対応加算 利用者やその家族からの要請を受けて相談支援専門員と連携を図り居宅サービス計画にない訪問をおこなった場合に加算されます。

※特別地域加算 厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対しサービス提供を行った場合に加算されます。

※利用者負担上限管理加算 利用者の上限負担額の徴収方法の管理を行った場合は加算されます。

サービスの種類	時間	単位数
移動支援 個別支援（身体を伴う）	30分未満	230単位
	30分以上～1時間未満	400単位
	1時間以上～1時間30分未満	580単位
移動支援 個別支援（その他）	30分未満	80単位
	30分以上～1時間未満	150単位
	1時間以上～1時間30分未満	225単位

・所定の単位数に10円を乗じて得た額です。

(2) サービス利用にかかる実費負担額

サービス提供に要する下記費用は、障害者総合支援法に基づく介護給付の対象ではありませんので、実費をいただきます。

項目	説明
① ヘルパー交通費	通常の事業実施地域(大田原市)以外の地区にお住まいの方で、本事業所のサービスを利用される場合は、ヘルパーが訪問するための交通費をお支払いいただきます。
②お住まいでの光熱費等	ご利用者のお住まいでサービスを提供するために必要となる水道、ガス、電気、電話等の費用は、ご利用者負担となります。
③ヘルパー入場料	業務上必要な入場料、利用料については実費をお支払いいただきます。また、食事が目的の外出の場合には食事代を含みます。

(3) 料金のお支払方法

毎月末日に締め切り、翌月20日迄に前月分(利用月)料金を請求いたします。

支払方法は、基本的に自動口座引き落としとし、その際の手数料は大田原市社会福祉協議会で負担します。

(4) ご利用の中止、変更について

- ① 利用者の都合でサービスを中止した場合原則としてキャンセル料はかかりません。
- ② サービスの変更・追加は、ヘルパーの稼働状況により、ご利用者が希望する時間にサービスが提供できないことがあります。その場合、他の利用可能日時をご利用者に提示するほか、必要な調整を致します。

6. サービスの利用方法

- (1) 居宅介護事業等について障害者総合支援法に基づく介護給付費等支給決定を受けた方で、本事業所のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡ください。本事業者のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。
- (2) サービス利用が決定した場合は契約を締結し、居宅介護計画等を作成して、サービスの提供を行います。ご利用者の体調等の理由で居宅介護計画等の予定されていたサービスが実施できない場合には、ご利用者の同意を得てサービス内容を変更します。
- (3) 適切なサービスを提供するために、同意を頂いた上で、ご利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用情報を活用させていただくことがあります。

7. 受給者証の確認

「住所」及び「利用者上限負担」「支給量」等「受給者証」の記載内容の変更があった場合は速やかに事業所にお知らせください。また、ヘルパーやサービス提供者が「受給者証」の確認をさせていただきます場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

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、サービス提供毎に、実施日時及び実施したサービス内容等を記録し、利用者にご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毎の記録は、サービス提供日より5年間保管します。

(2) 利用者の記録や情報の管理、開示について

本事業所では、ご利用者の記録や情報を適切に管理し、ご利用者の求めに応じてその内容を開示します。

9. 虐待防止について

本事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待防止等のために、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成23年法律第79号）」を遵守するとともに下記の対策を講じます。

① 虐待防止に関する責任者を選定します。

虐待防止責任者	郡司 千尋
---------	-------

- 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ています。
- 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しています。

⑤ 虐待防止及び身体拘束等の適正化を目的とし、虐待防止委員会を設置します。

10 事故発生時の対応方法について

利用者に対するサービス提供により事故発生した場合は、大田原市、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定訪問介護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。

11 サービス内容に関する相談

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定訪問介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

① 利用者への周知徹底

苦情解決責任及び苦情受付担当者の氏名、連絡先や苦情解決の仕組みについて周知する。

② 苦情の受付

利用者からの苦情は随時受け付けると共に、苦情受付簿を作成します。

苦情受付簿を作成後は速やかに苦情受け担当者へ申し送ります

③ 苦情受付の報告

苦情受付担当者は受け付け、事情を聴取し苦情解決責任者に報告します。

④ 苦情解決に向けての話合い

苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。必要に応じて第三者委員への報告と助言を求めます。

⑤ 苦情解決の記録、報告

苦情受付担当者は苦情受付から解決、改善までの経過と結果について苦情相談処理報告書に記録します。

苦情解決責任者は苦情解決結果について、苦情申出人に対して報告します。

また解決・改善までに時間がかかる場合には経過等について報告します。

⑥ 苦情解決の公表

サービスの質や信頼性の向上をはかるために、必要に応じて大田原市役所へ報告し、広報等に公表します。

(2) 本事業所ご利用相談・苦情窓口

受付担当者	郡司 千尋
解決責任者	齋藤 一美
第三者委員	渡邊ハツエ 伊藤 三良 湯本 友子
受付時間	平日：午前8時30分～午後5時15分 (土、日曜、祝祭日、年末年始を除く)
電話番号	0287-54-1849
FAX	0287-54-2745

1 2. 緊急時の対応

サービス提供中にご利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかに連絡します。

【主治医】

医療機関名	
住 所	
電話番号	
主治医氏名	

【ご家族緊急連絡先】

氏 名	続柄
住 所	
電話番号	

1 3. 第三者評価の実施状況

実施している	実施していない
【実施日： 年 月 日】	【評価機関名 〇〇】
【結果の開示状況： 〇〇】	

サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項説明しました。

令和 年 月 日

事業者 (説明者) { 所在地 大田原市黒羽田町848番地
 名 称 大田原市社会福祉協議会
 氏 名 _____ 印

私は、契約書および本書面により、事業者からサービスについて重要事項の説明を受けました。

利用者 { 住 所 大田原市 _____
 氏 名 _____ 印
 代理人 { 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 (利用者との関係 _____)