

サービス内容及び重要事項説明書  
障害福祉サービス事業（居宅介護・重度訪問介護）

あなた様に対する障害福祉サービス（居宅介護・重度訪問介護）の提供の開始にあたり、厚生省令第171号第9条に基づいて、当事業所があなた様に説明すべき重要事項は次のとおりです。

説明にあたり、障害の特性に応じて拡大文字版、ルビ版等ご希望の説明を行います。

1. 事業所の概要

事業者の名称	社会福祉法人 庄原市社会福祉協議会
事業者の所在地	広島県庄原市西本町四丁目5番26号
事業の種類	指定居宅介護事業所 3412100152号 平成18年10月1日指定 指定重度訪問介護事業所 3412100152号 平成18年10月1日指定
事業所の名称	庄原市社協訪問介護事業所なごみ
事業所の所在地	広島県庄原市西本町四丁目5番26号
管理者の氏名	軒 多美恵
連絡先	0824-72-5151
事業所の実施地域	庄原市
事業所が行っている他の業務	指定介護保険事業（訪問介護 介護予防訪問介護） 地域生活支援事業（移動支援事業）

2. 事業の目的

障害者又は障害児に対し、適切な障害福祉サービス（居宅介護・重度訪問介護）の提供を行うことを目的とします。

3. 運営の方針

利用者（障害児にあっては、その保護者を含む。）の意志及び人格を尊重して、関係機関との連絡調整を図りながら、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努め、自立支援に考慮した介護サービスの提供を行います。

4. 事業所の職員体制

従事者の種類	人 数	
	総 数	内 訳
介護福祉士	5	常勤3 非常勤2
ホームヘルパー	4	非常勤4

5. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から日曜日までとします。但し、12月29日から1月3日までは除くが、利用者の状況によってはこの限りではありません。
営業時間	原則午前6時から午後9時までとします。 但し、利用者の状況によってはこの限りではありません。
	365日、24時間電話等により常時連絡が可能な体制としています。 連絡先 080-5239-4085

## 6. サービス内容（居宅介護・重度訪問介護）

サービス区分と種類		サービスの内容	
居宅介護計画等の作成		利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定め居宅介護計画、重度訪問介護計画を作成し、必要に応じて見直しを行います。	
居宅介護	身体介護	食事介助	食事の介助を行います。
		排泄介助	排泄の介助、おむつ交換を行います。
		入浴介助・清拭	衣類着脱、入浴の介助や清拭(身体を拭く)、洗髪等を行います。
		その他	褥瘡(床ずれ)防止等のために体位変換や洗顔、歯磨き等の日常生活を営むために必要な身体介護を行います。
	身体介護を伴う通院等介助		上記の身体介護を伴う通院等の介助を行います。
	家事援助	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。
その他		利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。	
身体介護を伴わない通院等介助		前記の身体介護を伴わない通院等の介助を行います。	
重度訪問介護		重度の肢体不自由者で常時介護を必要とする方に、居宅において入浴・排泄・食事等の介護サービスや調理・洗濯・掃除等の家事援助、移動介護、その他の生活全般にわたる見守り等の支援を行います。	
その他、日常生活等に関する相談や助言を行います。			

注) 以下のサービス内容は、介護保険制度上、サービス提供できません。

- × 医療行為
- × 年金等の金銭の取り扱い。但し、買い物等に伴う少額の金銭の取扱は可能です。また、特別な事情がある場合その限りではありません。
- × 利用者以外の洗濯・調理・買い物・布団干しなど。
- × 主として利用者が使用する居室以外の清掃。
- × 商品の販売や農作業等生産の援助的な行為。
- × 草むしり、植木の剪定、草木の水やり、ペットの世話など。
- × 大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけなど。
- × 来客の応接(お茶、食事の手配など)
- × 特別な手間をかけて行う調理(おせち料理など)
- × 家具・電気器具の移動・修繕など。

## 7. 利用料金

※1 付属別紙「障害福祉サービスご利用料金表」をご参照ください。

## 8. 受給者証の確認

「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職員にお知らせください。また、職員が「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。

## 9. サービス提供記録について

- ① サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「記録カード」(別紙様式参照)等の

書面に、必要事項を記入して、利用者の確認を受けます。

- ② 事業所は、前記の「記録カード」等、その他の記録をサービス提供日より5年間は、適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は、実費負担によりその写しを交付します。

#### 10. サービス提供責任者及び担当職員の変更について

- ① サービス提供責任者は次のとおりです。  
サービスについてのご相談やご不満等ご遠慮なくお問い合わせください。

サービス提供責任者	軒 多美恵
サービス提供責任者	栗田 由里恵

- ② 利用者はいつでも、担当の職員を変更することができます。  
その場合、サービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。  
当事業所は、正当な理由がある場合に限り、担当の職員を変更することがあります。

#### 11. 緊急時の対応方法

- ① サービス提供中に、利用者の急変等緊急事態が生じた時には、利用者の主治医等に連絡するとともに、医師の指示に従い適切な対応にあたります。また、速やかに管理者へ報告するとともに、利用者の家族、緊急連絡先へ連絡を行い、必要に応じて協力医療機関、警察、消防署等へ協力依頼し、市町に連絡します。  
なお、利用者の主治医及び緊急連絡先に関しては、居宅介護サービス計画・重度訪問介護サービス計画作成時に確認させていただきます。
- ② 利用者又はその家族等からの緊急時の要請に、速やかに対応するため、365日24時間受付を行います。  
依頼を受けた時間、対応内容、提供時間帯等を記録し、サービス提供責任者の判断のもと、必要に応じて緊急時対応を行います。

代 表	0824-72-5151
夜 間	080-5239-4085

#### 12. 虐待の防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次のとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待の防止に関する責任者を管理者とします。
- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制の整備を行います。
- ④ 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を行います。
- ⑤ 個別の居宅介護計画・重度訪問介護計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ⑥ 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整え、利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

#### 13. 衛生管理について

すべての従業者は定期的に健康診断を行い、健康管理、清潔の保持に努めます。  
事業所の設備及び備品等を清潔にし、衛生管理に留意します。

#### 14. 秘密の保持

従業員は業務上知り得た秘密を漏らしません。また、退職後もこれを守秘します。

#### 15. 相談・苦情窓口

※2 付属別紙「苦情・相談の連絡先について」をご参照ください。

#### 16. 事故発生時の対応方法

事業所が提供するサービス中に事故が発生した場合は、市町、家族、緊急連絡先に連絡を行い、必要な措置を講じます。

- ① 事故報告書にて職員周知を行い、事故の原因を解明し、事故防止マニュアルの整備や研修会等を開催するなど事故防止に努めます。
- ② 事故の状況及び採った処置について記録し、賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行います。
- ③ 必要に応じて市町へ報告するとともに、市町の指導助言を仰ぎます。

#### 17. 福祉サービス第三者評価について

福祉サービスの質の向上、さらには利用者の適切なサービス選択に資するための情報を提供するため、福祉サービス第三者評価を実施します。

- ① 福祉サービス第三者評価は定期的に年に1回行います。
- ② 福祉サービス第三者評価の結果については、実施後速やかにその結果情報を開示し、事業所内において閲覧できます。(実施した評価機関の名称及び実施日についても記載します。)

#### 18. その他

- (1) 事業所は、従業員の資質向上を図るため、次のような研修の機会を設けるものとし、また、業務体制を整備します。(同行研修を行う場合がございますのでご了承ください)
  - ① 採用時研修
  - ② 継続研修
  - ③ その他の研修
- (2) 事業所は、運営責任者と主任等で常にサービス内容を検討する定期的な会議を行っています。
- (3) 従業員は常に身分証明証を携帯しておりますので、必要な場合には提示をお求めください。
- (4) 従業員に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。
- (5) サービス利用の変更・追加は、介護職員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掲示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。
- (6) サービス訪問時間が、希に交通事情その他当事業所の都合により多少前後することがございますがご了承ください。
- (7) 介護職員が利用者宅にてサービス提供時、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。
- (8) この説明書に記載した事項のほか、事業所の運営に関する重要事項は、可能な限り利用者の立場に立つことを原則に、社会福祉法人庄原市社会福祉協議会と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとします。
- (9) サービス提供にあたっては、厚生労働省令に定められた基準に基づき行うものとし、改正に伴う重要事項説明書の一部変更は、その都度速やかに利用者に通知するものとします。

※1 付属別紙

障害福祉サービス（居宅介護・重度訪問介護）ご利用料金表（令和3年4月改正）  
庄原市社協訪問介護事業所なごみ

利用料金については、下記に記載の表1のとおりです。

なお、厚生労働大臣の定める基準が変更された場合には、それに応じて下記の料金表は変更されます。

（利用者負担月額等に関する詳細については、お住まいの市役所窓口へお問い合わせ下さい）

表1（利用料金表）

居 宅 介 護			
① 身体介護 ② 通院等介助「身体介護を伴う場合」		① 家事援助	
30分未満	2,550 円	30分未満	1,050 円
30分以上1時間未満	4,020 円	30分以上45分未満	1,520 円
1時間以上1時間30分未満	5,840 円	45分以上1時間未満	1,960 円
1時間30分以上2時間未満	6,660 円	1時間以上1時間15分未満	2,380 円
2時間以上2時間30分未満	7,500 円	1時間15分以上1時間30分未満	2,740 円
2時間30分以上3時間未満	8,330 円	1時間30分以上	3,090 円
3時間以上	9,160 円	以降15分ごとに加算	350 円加算
以降30分ごとに加算	830 円加算		
*2人対応の場合は200/100 *夜間・早朝25/100・深夜50/100加算 *特定事業所加算(Ⅱ)10/100加算 *特別地域加算15/100加算 *緊急時対応加算1回につき1,000円 （月2回を限度） *初回加算1月につき2,000円 *利用者負担上限額管理加算(月1回を限度) 1回につき1,500円加算 *福祉専門職員等連携加算(90日の間、3回を限度) 1回につき5,640円加算 *処遇改善加算(Ⅱ)総額の20/100/月 *特定処遇改善加算(Ⅰ)総額の7/100/月		① 通院等介助「身体介護を伴わない場合」	
		30分未満	1,050 円
		30分以上1時間未満	1,960 円
		1時間以上1時間30分未満	2,740 円
		1時間30分以上	3,430 円
		以降30分ごとに加算	690 円加算
重 度 訪 問 介 護			
1時間未満	1,850 円	*2人対応の場合は200/100 *夜間・早朝25/100加算 深夜50/100加算 *特別地域加算15/100加算 *緊急時対応加算1回につき1,000円加算 （月2回を限度）	
1時間以上1時間30分未満	2,750 円		
1時間30分以上2時間未満	3,670 円		
2時間以上2時間30分未満	4,580 円		

2時間30分以上3時間未満	5,500円	*初回加算 1月につき2,000円 *利用者負担上限額管理加算 (月1回を限度) 1回につき1,500円加算 *重度障害者の場合は15/100加算 *障害支援区分6に該当する者の場合は 8.5/100加算 *行動障害支援連携加算(30日の間、1回を限度) 1回につき5,840円加算 *処遇改善加算(Ⅱ)総額の14.6/100/月 *特定処遇改善加算(Ⅰ)総額の7/100/月 *移動介護加算(1回につき) 1時間未満 1,000円加算 1時間以上1時間30分未満 1,250円加算 1時間30分以上2時間未満 1,500円加算 2時間以上2時間30分未満 1,750円加算 2時間30分以上3時間未満 2,000円加算 3時間以上 2,500円加算
3時間以上3時間30分未満	6,400円	
3時間30分以上4時間未満	7,320円	
4時間以上8時間未満	8,170円に30分を増すごとに+850円	
8時間以上12時間未満	14,970円に30分を増すごとに+850円	
12時間以上16時間未満	21,720円に30分を増すごとに+800円	
16時間以上20時間未満	28,180円に30分を増すごとに+860円	
20時間以上24時間未満	35,000円に30分を増すごとに+800円	

※) 上記全サービス共通で、介護職員処遇改善加算については加算(Ⅰ)から加算(Ⅱ)へ、平成29年4月1日より改正しました。

※) サービス提供の時間帯により料金が加算されます。

提供時間帯	早朝(25%)	昼間	夜間(25%)	深夜(50%)
時間帯	午前6時~午前8時	午前8時~午後6時	午後6時~午後10時	午後10時~午前6時

- ① 通常の事業の実施地域以外の地域に居住される利用者に対してサービスを提供する場合は、通常の事業の実施地域を超えた地点から路程1キロメートル当たり25円を実費としていただきます。
- ② 提供サービスが介護給付費の適用を受ける場合、原則として利用料の1割をお支払いいただきます。※但し、介護給付費を償還払い(いったんあなたが利用料の全額を払い、その後、市町から9割の払い戻しを受ける方法)の方法をご希望の場合は、お申し出ください。
- ③ 提供サービスが介護給付の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。
- ④ 当事業者は、あなたに対し、サービスの利用回数及び当月の利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し請求書に添付して請求先に送付します。
- ⑤ 利用者の個人負担金は、当月分を翌月末に徴収する事とし現金徴収、または口座振替による支払いとします。その当月分の請求明細書は翌月25日までに利用者宛、または、その希望される宛先へ送付することとします。
- ⑥ サービス証明書が必要な場合お申し出ください。
- ⑦ サービス利用の中止をする際には、すみやかに事業所まで、ご連絡ください。  
利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日17時30分までにご連絡ください。当日のキャンセルは、下記のキャンセル料を申し受けることとなります。ご了承ください。(ただし、利用者の容体の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。)

時 期	キャンセル料
サービス利用日の前日 17 時 30 分まで	無料
サービス利用日の前日 17 時 30 分以降 サービス利用日の当日 訪問時不在の場合	基本利用料の全額

※利用者又は家族等による度重なるサービスのキャンセルがある場合には、利用者の担当相談支援専門員に連絡を行い、相談させていただきます。

- ⑧ 1人の介護職員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人の介護職員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。
- ⑨ 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。当事業所を利用者負担の上限管理事業所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。
- ⑩ 外出時の移動中の介護において介護職員に公共交通機関の交通費、入場料などが必要な場合、その実費をいただきます。(サービス利用時、その都度ご負担いただきます。)

※2（付属別紙）

## 苦情・相談の連絡先について（令和3年4月改正）

庄原市社協訪問介護事業所なごみ

事業所が提供するサービスに関する相談、苦情については、毎日開催する定例ミーティング、苦情等解決の為に会議を速やかに開催し、今後の対応について協議します。

サービス利用にあたり、利用者は次の所へ苦情を申し立てる事ができます。

【事業所窓口】 庄原市社会福祉協議会 庄原市社協訪問介護事業所なごみ	所在地 広島県庄原市西本町四丁目5番26号 電話 0824-72-5151 080-5239-4085（夜間） 受付時間 365日 午前8時30分～午後5時30分 相談・苦情受付担当者 軒 多美恵 苦情解決責任者 二上 明
【居宅介護事業】 重度訪問介護事業に対する 苦情等の連絡調整を行う第 三者	第三者委員 森江 光明 庄原市高町甲153-1 ☎0824-72-2705 貝崎 若子 庄原市東本町2-11-28 ☎0824-72-4575
【行政窓口】 庄原市役所 社会福祉課 障害者福祉係	所在地 広島県庄原市中本町一丁目10番1号 電話 0824-73-1210 受付時間 月曜日～金曜日（午前8時30分～午後5時15分） 土曜日・日曜日・祝日及び年末年始はお休み
広島県社会福祉協議会 （広島県福祉サービス運営 適正化委員会）	所在地 広島市南区比治山本町12-2 電話 082-254-3419 受付時間 月曜日～金曜日（午前8時30分～午後5時） 土曜日・日曜日・祝日及び年末年始はお休み



当事業所は、利用者に対する障害福祉サービス提供開始にあたり、利用者及び利用者の家族に対して、サービス内容及び重要事項説明書に基づいて説明いたしました。

利用者は、重要事項の内容について同意したことを証するため、本書2通を作成し、利用者若しくはその代理人と事業所が署名・押印の上、1通ずつ保有するものとします。

事業者（法人） 広島県庄原市西本町四丁目5番26号  
社会福祉法人 庄原市社会福祉協議会

事業所名 庄原市社協訪問介護事業所なごみ 印

事業所所在地 広島県庄原市西本町四丁目5番地26号

説明者 サービス提供責任者 印

私は、居宅介護サービス・重度訪問介護サービス内容及び重要事項につきまして、この説明書を基に、事業者から説明を受けました。

（利用者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

（署名代行者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

利用者との関係（ \_\_\_\_\_ ）

（署名代行の理由 ※口内に✓をつけてください）

① 本人が身体上の理由により署名できない。

② その他の理由 { \_\_\_\_\_ }