

居宅介護サービス重要事項説明書

< 2025 (令和7) 年4月1日現在 >

1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 大野城市社会福祉協議会
所在地	〒816-0934 福岡県大野城市曙町2丁目3番2号
電話番号	092-589-5533
代表者	会長 楠林 義治
設立年月	昭和47年10月

2 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの地域と種類

事業所名	社会福祉法人 大野城市社会福祉協議会
代表者	会長 楠林 義治
所在地	〒816-0934 福岡県大野城市曙町2丁目3番2号 大野城市総合福祉センター
電話番号	092-589-5533
FAX・メール	FAX : 092-589-5531 メール : onojo-kaigo@onojo-vc.jp
管理者氏名	高原 信治
サービスの種類	居宅介護
指定事業所番号	4011500065
サービス提供地域	大野城市
第三者評価の実施状況	実施の有無 : 無

(2) 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計	業務内容
管理者	社会福祉士	1		1	事業の統括
サービス提供責任者	介護福祉士	3		3	訪問介護員の需給調整
訪問介護員	介護福祉士	1	5	6	サービスの提供
	2級ヘルパー		3	3	〃
その他サービス従事者	社会福祉士	(2)		(2)	兼務 (介護支援専門員)
	介護福祉士	1	1	2	訪問入浴
	介護支援専門員	2		2	ケアマネジメント
	看護師		2	2	訪問入浴介護看護師
	相談員	(1)		(1)	苦情処理・相談業務
合計		8	11	19	

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 ただし、12/29から1/3までを除く
営業時間	8:30～17:00

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日～日曜日
サービス提供時間	7:00～24:00

※電話により24時間対応可能

3 サービスの主たる対象者について

居宅介護	身体障害者・知的障害者・障害児（身体に障害のある児童・知的障害のある児童）・精神障害者・難病患者等
------	---

4 事業の目的と運営方針

利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、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並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行うものとします。居宅介護の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、利用者等の所在する市町村、他指定障害福祉サービス事業者その他福祉サービス又は保健医療サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとします。

5 受給者証の確認

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、こちらから確認をお願いしたときは、ご提示くださいますようお願いいたします。

6 利用者負担額について

(1) お支払いいただく利用者負担額は、障害福祉サービスの受給者証の記載内容にもとづき、通常9割が介護給付費の給付対象となります。

事業所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）をお支払いいただきます。なお、利用者負担額は市町村が上限を定めています。

ただし、月々のご利用額が受給者証に記載された支給量を上回るときは、上回った部分について全額実費にて負担していただきます。

(2) 利用者負担額については、翌月に明細を付して請求を致します。

（支払い方法については、原則として口座引落にてお願いいたします）

【基本部分】

(単位：円)

サービス名称		基本料金	利用者負担額
身体介護	30分未満	2,653	266
	30分以上1時間未満	4,186	419
	1時間以上1時間30分未満	6,082	609
	1時間30分以上2時間未満	6,931	694
通院等介助 (身体介護を伴う場合)	30分未満	2,653	266
	30分以上1時間未満	4,186	419
	1時間以上1時間30分未満	6,082	609
	1時間30分以上2時間未満	6,931	694
通院等介助 (身体介護伴わない)	30分未満	1,099	110
	30分以上1時間未満	2,041	205
	1時間以上1時間30分未満	2,849	285
家事援助	30分未満	1,099	110
	30分以上45分未満	1,586	159
	45分以上1時間未満	2,041	25
	1時間以上1時間15分未満	2,477	248
	1時間15分以上1時間30分未満	2,849	285

(注1) 当事業所は障がい福祉サービスの定める地域区分「6級地」に該当するため、利用料総額は利用者単位数に10.36を乗じた金額になります。

【加算】

加算の種類	加算料金	利用者負担額
初回加算 (1月につき)	2,072	208
緊急時対応加算 (1回につき)	1,036	104
利用者負担上限額管理加算 (月1回限度)	1,554	156
福祉・介護職員等処遇改善加算 (Ⅰ) (1月につき)	月間の利用総単位数 (基本報酬+各種加算・減算) × 41.7%	
福祉・介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ) (1月につき)	月間の利用総単位数 (基本報酬+各種加算・減算) × 40.2%	
福祉・介護職員等処遇改善加算 (Ⅲ) (1月につき)	月間の利用総単位数 (基本報酬+各種加算・減算) × 34.7%	

7 実費負担額について

- (1) サービス提供時に別途にかかる公共交通機関の交通費等の必要な場合は、その都度ご負担いただきます。
- (2) サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気料金等及び、事業所へ連絡する場合の電話代を負担して頂きますのでご了承下さい。

8 キャンセル料

(1) 利用者の都合によりサービスをキャンセル（取り消し）する場合、次のキャンセル料を頂きますのでご了承下さい。但し、利用者の容態の急変など、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（無料）です。

ア 利用日の前日までに連絡がなく、訪問介護員がすでに自宅に訪問（到着）し、利用者の都合によりキャンセルをされる場合は、500円を頂きますので、ご了承下さい。

イ キャンセルの連絡については、訪問介護員の派遣を行う調整上、平日（月曜から金曜日）の午前8時30分から午後5時までの間にご連絡下さい。

(2) キャンセル料は、その都度お支払いをして頂きます。

9 サービス利用に当たっての留意事項

サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項に留意して下さい。

(1) 訪問介護員は、医療行為や年金等の金銭の取り扱いはいたしませんので、ご了承下さい。（家事援助として行う買い物等に伴う少額の金銭の取り扱いは可能です。）

(2) 訪問介護員は、利用者本人に対する援助を行うこととされています。利用者の家族等に対するサービスについては制度外のサービスとなりますので、障害福祉サービスでのご利用はできません。

(3) 利用者が不在の場合、サービスの提供が出来ませんのでご了承下さい。

(4) 社会福祉協議会の訪問介護員は、公正中立を旨としていますので、利用者からの物品等の購入及び選挙などの協力にも一切応じることが出来ませんので、ご了承下さい。

(5) 訪問介護員に対する贈り物や飲食等のもてなしは、一切必要ありません。

(6) 訪問予定時間が、交通事情等により多少ずれることがあります。ご了承願います。

(7) 急な事情等で、交代の訪問介護員を訪問させる場合があるのでご了承下さい。

(8) 個人情報の取り扱いについて

大野城市社会福祉協議会個人情報保護規定に基づき厳正なる取り扱いを行います。

① 個人情報の種類

受給者証関係・アセスメント関係・サービス利用関係・請求関係

② 個人情報の利用目的

障害福祉サービス事業を適正かつ円滑に行い、本事業を受けることを希望する者の居宅介護サービス及びその他の福祉保健サービス等の利用の促進を図ることを目的とする。

③ 個人情報の利用・提供方法

上記の書類は、本事業担当者の管理のもとに保管するとともに、コンピューターに入力し、上記利用目的に沿った利用を行う。また、下記により事業所内部での利用又は外部への提供を行う。

○内部での利用（計画作成・サービス調整）

○外部への提供（サービス担当者会議・事業者・保険者・施設・国民保健連合会）

10 居宅介護サービスの特徴等

事 項	内 容
従業員等の研修等	月1回及び必要に応じ研修を行っています
各種マニュアルの作成	サービス及び緊急時マニュアルを定めています
相 談・苦 情	営業時間外でも電話により対応いたします

11 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせにより、救急車、主治医、ご家族、市町村の担当主管などへ連絡します。

12 利用者へのお願い

事業所が交付するサービス利用票などは、利用者の介護に関する重要な書類なので、契約書・重要事項説明書等と一緒に大切に保管して下さい。

13 サービス内容に関する苦情等の連絡先

・当事業所の居宅介護サービスについての苦情・ご相談を承ります。

苦 情・相 談 の 連 絡 先

苦情・相談窓口担当	松 田 千 草
苦情解決責任者	高 原 信 治
月～金曜日 8：30～17：00	TEL（092）589-5533
平日以外の曜日・時間帯	TEL（092）501-3311
FAX（ファックス）	FAX（092）589-5531

本会（事業所）で解決できない苦情は、運営適正化委員会または、市の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

苦 情 受 付 機 関	福岡県運営適正化委員会 所在地 〒816-0804 福岡県春日市原町 3-1-7 福岡県社会福祉協議会内 クローバープラザ 6階 TEL：092-915-3511
	大野城市役所 すこやか福祉部 福祉サービス課 障がい福祉担当 所在地 〒816-8510 福岡県大野城市曙町 2丁目 2-1 TEL：092-580-1852・092-580-1853 FAX：092-573-8083

1.4 虐待の防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者及び責任者を選定しています

虐待防止に関する担当者	松田千草
虐待防止に関する責任者	高原信治

- 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 虐待防止のための対策を検討する委員会をテレビ電話等の活用も行いながら定期的に行います。またその結果について従業者に周知徹底を行います。

1.5 身体拘束防止委員会

(身体拘束について)

緊急及びやむを得ない場合を除き利用者の身体拘束を行いません。

- (1) やむを得ず身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要事項を記録します。
(2) 身体拘束の適正化のための対策を検討する委員会をテレビ電話などの活用も行いながら定期的に行います。また、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

1.6 事故発生時の対応について

利用者に対する居宅介護サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る計画相談事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する居宅介護サービス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。

1.7 ハラスメントについて

大野城市社会福祉協議会 居宅介護サービス課からのお願い
利用者・家族との信頼関係のもとに、安全安心な環境で質の高いケアを提供できるように以下の点についてご協力下さい。

※暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いします。

【契約を解除する場合の具体例】

1) 身体的暴力

身体的な力を使って危害を及ぼす行為

例：物を投げつける/蹴る/唾を吐く/刃物を向ける

2) 精神的暴力

個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為

例：奇声、大声を発する/怒鳴る/服を引きちぎる/手を払いのける

3) セクシュアルハラスメント

意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

例：訪問介護従事者の体を触る、手を握る/腕を引っ張り抱きしめる

ヌード写真を見せる/訪問介護従事者の自宅の住所、電話番号を

何度も聞く/ストーカー行為等

居宅介護サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

<事業者>

住 所 大野城市曙町2丁目3番2号
名 称 社会福祉法人 大野城市社会福祉協議会
代表者名 会 長 楠 林 義 治 印

<説明者>

所 属 社会福祉法人 大野城市社会福祉協議会

氏 名 _____

(自署による場合は押印不要)

私は、契約書及び本書面により、居宅介護サービスについての重要事項の説明を受けました。

<利用者>

住 所 _____

氏 名 _____

(自署による場合は押印不要)

<立会人（立ち会いがあった場合）>

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 _____)

(自署による場合は押印不要)

年 月 日

同意書

年 月 日

居宅介護等サービスの開始にあたり、下記の指定居宅サービス事業者と契約を結びましたが、居宅介護等計画書作成に関し、サービス担当者会議等において利用者又はその家族の個人情報を持ちいることに同意致します。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

(自署による場合は押印不要)

利用者の家族 住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 _____)

(自署による場合は押印不要)

指定居宅サービス事業者 住 所 大野城市曙町2丁目3番2号
事業者名 社会福祉法人 大野城市社会福祉協議会
代表者名 _____ 会長 楠林 義治 _____ 印