

障害福祉サービス（居宅介護等）重要事項説明書

当事業所は利用者に対して、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下、「障害者総合支援法」といいます。）に基づく指定居宅介護および同行援護サービスを提供します。当事業所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次のとおり説明します。

1. 事業者および事業所の概要

事業者名称	一般社団法人 コミュニケーションセンターかしわ
代表者氏名	代表理事 木村 正己
事業所名称	訪問介護ステーションこみせん
事業所所在地	千葉県柏市柏6-10-22
指定事業所番号	居宅介護 同行援護 1212101024号
指定年月日	平成24年9月1日
事業所電話番号	04-7164-8118（電話・FAX 共通）

2. 事業所のサービスの特色

コミュニケーションを重視し、信頼関係を築くことを大切に考えます。聞こえない（ろう者）ホームヘルパーや、手話や要約筆記のできる介護福祉士やホームヘルパーもおりますので、聞こえない・聞こえにくい方にも対応できます。また、従業員に対して定期的に研修を行い、技術向上のための研鑽に努めております。

3. 事業所の実施地域

柏市（地域以外の方でもご希望の方はご相談ください）

4. 営業時間

月～金（第4火曜日・祝祭日・年末年始を除く） 午前9：00～午後5：00

5. サービス提供時間

	早朝 午前 6 時～8 時	通常時間 午前 8 時～午後 6 時	夜間 午後 6 時～10 時
平日・土	○	○	○
日・祝日	○	○	○

※ ただし、年末年始は除きます。また、時間により料金が異なります。

6. 事業所の職員体制

職 種	資 格	常 勤	非 常 勤		計
			内 同行援護		
管理者		1 名			1 名
サービス提供責任者	介護福祉士			1 名	
サービス従業者	介護福祉士		1 名	1 名	1 名
サービス従業者	実務者研修修了者		4 名	3 名	4 名
サービス従業者	ヘルパー 2 級 (初任者)修了者		4 名	3 名	4 名

7. 当事業所が提供するサービス（ご家族に対してのサービスは行いません。）

サービス区分と種類		サービスの内容	
居宅介護等計画の作成		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た居宅介護等計画を作成し、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。
		排せつ介助	排せつの介助、おむつ交換を行います。
		入浴介助・清拭	衣服着脱、入浴の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
		その他	体位変換や口腔ケアなど日常生活を営むために必要な身体介護を行います。
	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。 (庭等の敷地の掃除は行いません。)

	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。 (預貯金の引き出し、預け入れは行いません。)
	通院等介助	医療機関の受診や官公署等へ公的手続きや相談のために外出する際の移動等の介助、窓口での手続きの補助などを行います。
同行援護(視覚障害の方への支援)		<ul style="list-style-type: none"> ・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・代読を含む)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。 ・排せつ・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。
その他生活等に関する相談や助言をいたします。		

8. サービスの利用料金と利用者負担額について

上記サービスの利用に対しては、通常 **90%**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市町村から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 **10%** (定率負担) を事業者にお支払いいただきます。(定率負担または利用者負担といいます。)

なお、定率負担または利用者負担額の軽減等が適用される場合は、軽減後の額をお支払いいただきます。障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

(1) 利用料金 (午前 8 時～午後 6 時までの通常の時間帯)

身体介護

サービス内容	利用料金	自己負担額
30 分未満	2,652 円	266 円
30 分以上 1 時間未満	4,185 円	419 円
1 時間以上 1 時間 30 分未満	6,081 円	609 円
1 時間 30 分以上 2 時間未満	6,930 円	693 円
2 時間以上 2 時間 30 分未満	7,811 円	782 円
2 時間 30 分以上 3 時間未満	8,671 円	868 円
3 時間以上 30 分増すごとに加算	859 円	86 円

家事援助

サービス内容	利用料金	自己負担額
30分未満	1,098円	110円
30分以上 45分未満	1,585円	159円
45分以上 1時間未満	2,033円	204円
1時間以上 1時間 15分未満	2,476円	248円
1時間 15分以上 1時間 30分未満	2,849円	285円
1時間 30分以上 15分増すごとに加算	362円	37円

通院等介助

	サービス内容	利用料金	自己負担額
身体介護を伴う場合	30分未満	2,652円	266円
	30分以上 1時間未満	4,185円	419円
	1時間以上 1時間 30分未満	6,081円	609円
	1時間 30分以上 2時間未満	6,930円	693円
	2時間以上 2時間 30分未満	7,811円	782円
	2時間 30分以上 3時間未満	8,671円	868円
	3時間以上 30分増すごとに加算	859円	86円
い 身体介護を伴わない場合	30分未満	1,098円	110円
	30分以上 1時間未満	2,040円	204円
	1時間以上 1時間 30分未満	2,849円	285円
	1時間 30分以上	3,574円	358円
	1時間 30分以上 30分増すごとに加算	714円	72円

同行援護

サービス内容	利用料金	自己負担額
30分未満	1,978円	198円
30分以上 1時間未満	3,128円	313円
1時間以上 1時間 30分未満	4,516円	452円
1時間 30分以上 2時間未満	5,190円	519円
2時間以上 2時間 30分未満	5,863円	587円
2時間 30分以上 3時間未満	6,547円	655円

3 時間以上 30 分増すごとに加算	683 円	69 円
-----------------------	-------	------

各種加算

- ◆平常の時間帯（午前 8 時から午後 6 時）以外の時間帯でサービスを行う場合には、次の割合で利用料金に割増料金が加算されます。

早朝（午前 6 時～ 8 時）	25%増
夜間（午後 6 時～10 時）	

- ◆新規に居宅介護計画等を作成した利用者に対して、サービス提供責任者が初回の居宅介護等を行った場合、または従業者に同行した場合に加算されます。

内容	利用料	自己負担額	
初回加算	2,072 円	208 円	1 月あたり
福祉専門職員等連携加算	5,843 円	584 円	90 日の間 3 回を限度 1 回につき 564 単位を加算

法改正により、令和 8 年 6 月 1 日から福祉・介護職員等処遇改善加算が下記の通りになります。

① 福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅰイ	所定単位数の 44.6%
② 福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	所定単位数の 45.6%
③ 福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅱイ	所定単位数の 43.1%
④ 福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅱロ	所定単位数の 44.1%
⑤ 福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位数の 37.6%
⑥ 福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅳ	所定単位数の 30.2%

- ◆居宅介護計画等に位置付けられていない居宅介護を利用者又はその家族等からの要請を受けてから 24 時間以内に行った場合に加算されます。

内容	利用料	自己負担額	
緊急時対応加算	1,036 円	104 円	1 回につき（1 月 2 回まで）

- ◆利用者の依頼により、利用者及びその世帯としての上限額を超えて事業者が利用者負担額を徴収しないよう、利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合は、以下の料金が加算されます。

内容	利用料	自己負担額	
利用者負担上限額管理加算	1,554 円	156 円	1 月あたり

◆下記の加算は、当事業所が厚生労働大臣の定める体制要件を満たし、柏市に申請が受理された加算においてのみ料金が発生します。請求書に明記してありますのでご確認ください。

(注)所定単位は、基本報酬及び各加算(福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算を除く)を算定した単位数の合計です。

※上記料金算定の基本となるサービス提供時間は、実際のサービス提供に要した時間ではなく、居宅介護計画等に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。なお、計画時間数と実際にサービス提供に要した時間が大幅に異なる場合は居宅介護計画の見直しを行います。

※やむを得ない事情かつ利用者の同意のもと、従業者2人で訪問した場合の費用は2人分となり、利用者負担額も2倍になります。

※介護給付費等について事業者が代理受領を行わない(利用者が償還払いを希望する)場合は、介護給付費等の全額をいったんお支払いいただきます。この場合「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収証」を添えてお住まいの市町村に介護給付費等の支給(利用者負担額を除く)を申請してください。

※利用者の体調等の理由で居宅介護計画に予定されていたサービスが実施できない場合、利用者の同意を得てサービス内容を変更することができます。この場合事業者は変更後のサービス内容と時間により利用料金を請求いたします。

(3) 交通費

柏市内にお住まいの方は、ヘルパーの交通費は無料です。ただし柏市以外の地域にお住まいの方が当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際して要した交通費をいただきます。

(4) その他

①利用者の居宅で、サービスを提供するために使用する水道、ガス、電気、電話等の費用は利用者のご負担になります。

②通院等介助・同行援護・家事援助に係る買い物等で公共交通機関を利用した場合、サービス従業者の交通費は利用者のご負担になります。

(5) 利用者負担額の上限等について

①利用者負担額は、世帯ごとの所得区分に応じて月額の上限額が決められています。

②利用者のご希望により、当事業者を利用者負担の上限額管理者に選任される場合は、サービス利用開始の際にその旨をお申し出ください。

(6) 利用料金のお支払方法

前記(1)～(4)の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し翌月15日までにご請求しますので、翌月27日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。なお、銀行振込の場合は、振込手数料は利用者のご負担とさせていただきます。お支払いいただきますと領収証を発行します。

① 現金による支払い
② 下記指定口座への振込み
千葉銀行 柏市役所出張所 普通預金 3041685
口座名 : 一般社団法人 コミュニケーションセンターかしわ
代表理事 木村正己

9. 利用の中止、変更、追加

(1) 利用予定日の前に、利用者の都合により居宅介護サービスの利用を中止、変更、又は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービス実施日の前日午後5時までに事業者へ申し出てください。ただし、サービスの変更については従業員の稼働状況により希望する日時に提供できないことがあります。この場合、他の利用可能日時を提示して協議させていただきます。

(2) 利用予定日の前日午後5時までに申し出がなく直前になって利用の中止の申出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただきます。ただし、利用者の体調不良等正当な理由がある場合は、この限りではありません。キャンセルが必要となった場合は至急ご連絡ください。

(連絡先 TEL : FAX 04-7164-8118)

利用日の前日午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
利用日の前日午後5時までにご連絡がなかった場合	1,000円

10. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス提供を行う従業員(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、実際のサービスの提供にあたっては、複数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をする場合は、予め利用者に説明するとともに利用者及びそのご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するものとします。

利用者から特定のホームヘルパーの指名はできませんが、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

①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。ただし、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。

②備品等の使用

居宅介護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務所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

(3) サービス内容の変更

サービス利用当日に、利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。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

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、利用者に対する訪問介護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利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり

③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受

④利用者の同居家族に対するサービス提供

⑤利用者の日常生活の範囲を超えたサービス（大掃除、庭掃除など）

⑥利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食

⑦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や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）

⑧利用者又は家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他の迷惑行為

(6) その他

誠に恐縮ではございますが、お茶・お菓子などの心遣いはご遠慮ください。

1 1. 事故発生時の対応について

当事業所は、事故対策委員会の設置、開催、従業員に対する研修を行っています。サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の家族、相談支援員、市町村等に連絡を行い必要な措置を講じます。

1 2. 虐待防止について

当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待防止のために、次に掲げるとおり行っています。

- ① 虐待防止に関する委員会の設置と開催、指針の整備、受付窓口・責任者の選定
- ② 成年後見制度の利用の支援
- ③ 苦情解決体制整備
- ④ 従業員に対し、虐待防止のための研修等の実施と周知徹底
- ⑤ サービス提供中に、虐待と思われる事項を発見した場合は、速やかに関係者、市町村等に通報します。
(状況・経過等を虐待相談受付票に記載)

1 3. 身体拘束について

当事業所は、原則として利用者に対して身体拘束等を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など利用者本人または他人の生命・身体を保護するため緊急やむを得ない場合は下記の要件をすべて満たし利用者に対し説明し同意を得て行うことがあります。

その場合は、態様、経過観察、検討内容等の記録と保存を行います。

- ①切迫性…直ちに行わなければ利用者本人または他人の生命に危険が及ぶことが考えられる場合
- ②非代替性…身体拘束等以外に代替する介護方法が無い場合
- ③一時性…利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなれば直ちに身体拘束を解く場合

身体拘束適正化を含めた虐待防止委員会を設置・開催し、従業員に対する研修の実施と周知徹底を行っています。

1 4. 衛生管理について

当事業所は、衛生管理・感染対策のため、下記のとおり行います。

- ① 訪問介護員等の清潔の保持、及び健康状態管理
- ② 事業所の設備・備品等の衛生的な管理
- ③ 感染症の予防・蔓延防止のための委員会設置、開催、従業員に対する研修及び訓練の実施

1 5. 業務継続計画(自然災害・感染対策)について

当事業所は、委員会の設置と開催を実施し、下記のとおり行います。

自然災害・感染症の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、及び早期業務開催を図るための計画を策定し、その計画に従い必要な措置を講じます。また従業者に対して研修・訓練等を行い周知徹底します。業務継続計画は定期的又は必要に応じて見直します。

1 6. ハラスメントについて

当事業所は、介護現場で働く職員の安全と安心して働ける労働環境が築けるようハラスメント防止に取り組み、職員に対し定期研修と周知徹底を行います。

事業所内外において行われる優越的な関係を背景とした言動、下記の行為は組織として許容しません。

- ① 身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為
 - ② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つける、おとしめる行為
 - ③ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為
- 上記は当事業所職員、関係事業者、ご利用者及びその家族等が対象です。ハラスメントが発生した場合は、委員会等で検討し、関係機関への連絡、相談、必要な措置、再発防止策等を講じます。

1 7. 苦情・虐待に関する相談等受付窓口

(1) 当事業所内受付 TEL・FAX：04-7164-8118

苦情・虐待等相談受付担当者 管理者 丸山 紀子

苦情解決・虐待防止責任者 法人理事 伊丹 信子

(2) 行政機関その他苦情受付機関

柏市役所 指導監査課 TEL：04-7163-9353

(障害事業者担当) FAX：04-7162-0585

柏市障害者虐待防止センター

【日中（8：30～17：15）】 TEL：04-7168-1041

【夜間（17：15～翌8：30）】 TEL：04-7167-5551

千葉県国民健康保険団体連合会 TEL：043-254-7428

FAX：043-254-7401

令和 年 月 日

指定居宅介護等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。

訪問介護ステーションこみせん
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、指定居宅介護等サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所.....

氏名.....印

家族 住所.....

氏名.....印

私は、本人の同意意思を確認し、署名代行いたしました。

署名代行者 住所.....

氏名.....印

※利用者との関係 ()