

指定居宅介護、指定重度訪問介護 及び指定同行援護重要事項説明書

当事業所は利用者に対して、指定居宅介護、指定重度訪問介護及び指定同行援護（以下「指定居宅介護等」という。）サービスを提供いたします。

この説明書は、障害福祉サービス支給決定を受けられたご利用者に対して、当事業所の概要や提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを障害者総合支援関係法令、事業所運営規程及び利用契約に付随して説明するものです。

障害者総合支援法指定居宅介護、
指定重度訪問介護及び指定同行援護事業所

社会福祉法人七戸町社会福祉協議会

1 事業者

事業者名	社会福祉法人 七戸町社会福祉協議会
代表者氏名	会長 濱中 幾治郎
所在地	〒039-2505 青森県上北郡七戸町字立野頭139番地1
法人設立年月日	平成17年4月1日

2 事業所の概要

事業所名	社会福祉法人 七戸町社会福祉協議会	
事業所番号	0211130034	
所在地	〒039-2505 青森県上北郡七戸町字立野頭139番地1	
連絡先	電話番号	0176-62-6790 (代表) 0176-62-4419 (直通)
	FAX番号	0176-62-3628
管理者氏名	居宅介護等事業所管理者 保土澤 沙織	
法令遵守責任者	事務局長 西野 元	
事業所が行う 指定障害福祉サービス	指定居宅介護 指定重度訪問介護 指定同行援護	
通常の事業実施地域	青森県上北郡七戸町全域	

※ 上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

3 運営方針

当事業所は、厚生労働大臣が定める基準による基本取扱方針及び具体的取扱方針に基づき、関係法令を遵守し、居宅介護等サービスを実施いたします。

4 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
営業時間	午前8時から午後5時

5 サービスの提供日及び提供時間

提 供 日	年 中 無 休	
提 供 時 間	午前6時から午後10時	
	通常時間帯	午前 8 時から午後 6 時
	早朝時間帯	午前 6 時から午前 8 時
	夜間時間帯	午後 6 時から午後10時
	深夜時間帯	—

※ ただし、緊急を要する場合はご相談ください。電話0176-62-4419から携帯電話に転送され、連絡可能です。

6 職員体制

職 名	資 格	常 勤	非 常 勤	兼務の別	合 計	業 務 内 容
管 理 者	介護福祉士	1名	—	兼 務	1名	○従業者及び業務の管理 ○利用調整・技術指導 ○入浴・排泄・食事等の生活全般にわたる援助
サ ー ビ ス 提 供 責 任 者	介護福祉士	3名	—	兼 務	3名	○利用調整・技術指導 ○入浴・排泄・食事等の生活全般にわたる援助
居 宅 介 護 員	介護福祉士	5名	2名	兼 務	9名	○入浴・排泄・食事等の生活全般にわたる援助
	初任者研修修了者 ヘルパー2級	—	2名	兼 務		
事 務 職 員	—	1名	—	兼 務	1名	○請求事務
合 計		10名	4名	—	14名	—

※ 居宅介護等サービス利用のために

- ①サービス提供責任者及び居宅介護員の変更を希望される場合は、お申し出ください。
- ②従業員への研修の実施
 - ア 採用後1月以内に採用時研修を実施しています。
 - イ 年1回以上、継続研修を実施しています。

7 サービスの内容（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た居宅介護計画、重度訪問介護計画及び同行援護計画（以下「居宅介護計画等」という。）を作成し、必要に応じて見直しを行います。

サービス区分と種類		サービスの内容
居 宅 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	衣服着脱、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介助		上記の身体介護を伴う通院の介助を行います。
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介助		前記の身体介護を伴わない通院の介助を行います。
通院等乗降介助		通院等のための乗車又は降車の介助及び付随する受診等の手続き移動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。
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。
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

障害程度区分認定を受けられた方に介護給付費によるサービスを提供した際は、原則として厚生労働大臣の定める基準により算出したサービス利用料金の1割を、利用者負担額としてお支払いいただきます。**(受給者証に記載の負担上限月額が利用者負担額の月の上限額となります。)**ただし、法定代理受領によらず償還払いを希望される場合は、当該指定居宅介護等に係る費用をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行する形をとらせていただく場合もあります。その際、当事業所の発行したサービス提供証明書を支給市区町村の窓口に出しといたしますと、後日、当該指定居宅介護等に係る費用が払い戻しとなります。

なお、支給決定の範囲を超えたサービス利用は全額利用者負担となります。

(1) 居宅介護サービスの料金の目安

- ① 基本料金（本会では特定事業所加算Ⅱを適用していますので、利用料及び利用者負担額は下記の基本報酬に10%を加算した料金となります。）

ア 居宅における身体介護及び通院等介助（身体介助を伴う場合）

	利 用 料	利用者負担額
30分未満	2,560円	256円
30分以上1時間未満	4,040円	404円
1時間以上1時間30分未満	5,870円	587円
1時間30分以上2時間未満	6,690円	669円
2時間以上2時間30分未満	7,540円	754円
2時間30分以上3時間未満	8,370円	837円
3時間以上3時間30分未満	9,210円	921円
3時間以上（30分増すごとに）	上段の額+830円	上段の額+83円
緊急時対応加算（1回につき）	1,000円	100円

イ 家事援助

	利 用 料	利用者負担額
30分未満	1,060円	106円
30分以上45分未満	1,530円	153円
45分以上1時間未満	1,970円	197円
1時間以上1時間15分未満	2,390円	239円
1時間15分以上1時間30分未満	2,750円	275円
1時間30分以上1時間45分未満	3,110円	311円
1時間45分以上（15分増すごとに）	上段の額+350円	上記の額+35円

ウ 通院等介助（身体介護を伴わない場合）

	利 用 料	利用者負担額
30分未満	1,060円	106円
30分以上1時間未満	1,970円	197円
1時間以上1時間30分未満	2,750円	275円
1時間30分以上2時間未満	3,450円	345円
2時間以上（30分増すごとに）	上段の額+690円	上段の額+69円

エ 通院等乗降介助

	利 用 料	利用者負担額
1回につき	1,020円	102円

※1 夜間若しくは早朝の場合又は深夜にサービスご利用の場合は次のとおり料金が割増しとなります。

夜間（午後6時から午後10時まで）	25%
早朝（午前6時から午前8時まで）	25%
深夜（午後10時から午前6時まで）	50%

※2 料金設定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、ご利用者の居宅介護計画等に位置づけた時間数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、居宅介護計画等の見直しを行います。

※3 やむを得ない場合で、かつご利用者の同意を得て従業者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。

※3 特別地域加算 15%割増となります

②加算項目

◆ 初回加算

加 算 名	利 用 料	利用者負担額
初回加算（1月あたり）	2,000円	200円

◆ 利用者負担上限額管理加算

加 算 名	利 用 料	利用者負担額
利用者負担上限額管理加算（1月あたり）	1,500円	150円

◆ 福祉専門職員等連携加算

加算名	利 用 料	利用者負担額
1回につき（90日の間、3回が限度）	5,640円	564円

◆ 福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅲ

所定単位数に34.7%の割合を乗じて算定した利用料となります。

(2) 重度訪問介護サービスの料金

① 基本料金

	利 用 料	利用者負担額
1 時間未満	1, 8 6 0 円	1 8 6 円
1 時間以上 1 時間 3 0 分未満	2, 7 7 0 円	2 7 7 円
1 時間 3 0 分以上 2 時間未満	3, 6 9 0 円	3 6 9 円
2 時間以上 2 時間 3 0 分未満	4, 6 1 0 円	4 6 1 円
2 時間 3 0 分以上 3 時間未満	5, 5 3 0 円	5 5 3 円
3 時間以上 3 時間 3 0 分未満	6, 4 4 0 円	6 4 4 円
3 時間 3 0 分以上 4 時間未満	7, 3 6 0 円	7 3 6 円
4 時間以上 8 時間未満	8, 210円に30分を増すごとに850円	821円に30分を増すごとに85円
8 時間以上 1 2 時間未満	15, 050円に30分を増すごとに850円	1, 505円に30分を増すごとに85円
1 2 時間以上 1 6 時間未満	21, 840円に30分を増すごとに810円	2, 184円に30分を増すごとに81円
1 6 時間以上 2 0 時間未満	28, 340円に30分を増すごとに860円	2, 834円に30分を増すごとに86円
2 0 時間以上 2 4 時間未満	35, 200円に30分を増すごとに800円	3, 520円に30分を増すごとに80円

②加算項目

◆移動介護加算

	利 用 料	利用者負担額
1 時間未満	1, 0 0 0 円	1 0 0 円
1 時間以上 1 時間 3 0 分未満	1, 2 5 0 円	1 2 5 円
1 時間 3 0 分以上 2 時間未満	1, 5 0 0 円	1 5 0 円
2 時間以上 2 時間 3 0 分未満	1, 7 5 0 円	1 7 5 円
2 時間 3 0 分以上 3 時間未満	2, 0 0 0 円	2 0 0 円
3 時間以上	2, 5 0 0 円	2 5 0 円

◆初回加算

加 算 名	利 用 料	利用者負担額
初回加算 (1 月あたり)	2, 0 0 0 円	2 0 0 円

◆利用者上限額管理加算

加 算 名	利 用 料	利用者負担額
利用者負担上限額管理加算（1月あたり）	1,500円	150円

◆ 行動障害支援連携加算

加 算 名	利 用 料	利用者負担額
1回につき（30日の間、1回を限度）	5,840円	584円

◆ 移動介護緊急時支援加算

加 算 名	利 用 料	利用者負担額
1日につき	2,400円	240円

◆ 入院時支援連携加算

加 算 名	利 用 料	利用者負担金
1回につき（入院前に1回を限度として）	3,000円	300円

◆ 福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅲ

所定単位数に27.3%の割合を乗じて算定した利用料となります。

(3) 同行援護サービスの料金

① 基本料金（本会では特定事業所加算Ⅱを適用していますので、利用料及び利用者負担額は下記の基本報酬額に10%を加算した料金となります。）

	利 用 料	利用者負担額
30分未満	1,910円	191円
30分以上1時間未満	3,020円	302円
1時間以上1時間30分未満	4,360円	436円
1時間30分以上2時間未満	5,010円	501円
2時間以上2時間30分未満	5,660円	566円
2時間30分以上3時間未満	6,320円	632円
3時間以上3時間30分未満	6,970円	697円
3時間30分以上（30分増すごとに）	上段の額+660円	上段の額+66円

② 加算項目

◆初回加算

加 算 名	利 用 料	利用者負担額
初回加算（1月あたり）	2,000円	200円

◆利用者上限額管理加算

加 算 名	利 用 料	利用者負担額
利用者負担上限額管理加算（1月あたり）	1,500円	150円

◆ 福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅲ

所定単位数に34.7%の割合を乗じて算定した利用料となります。

(4) 交通費

七戸町にお住まいの方は無料です。それ以外の地域にお住まいの方は、従業者が訪問するための交通費の実費をご負担していただくこととなります。自動車を使用した場合は、七戸町とそれ以外の地域との境界から訪問先を經由して境界に入るまでの距離によって実費をご負担いただきます。

交通費の実費＝境界から訪問先を經由して境界に入るまでの距離(km：端数切捨て)×37円

(5) 輸送料

通院介助、通院等乗降介助又は重度訪問介護、同行援護の際に介護輸送を実施の場合には、輸送料をご負担いただきます。

輸 送 距 離	輸 送 料 単 価
～ 3km未満	370円
3km～ 5km以内	560円
6km～10km以内	1,000円
11km～15km以内	1,410円
16km～20km以内	1,760円
21km～25km以内	2,040円
26km～30km以内	2,260円
31km～35km以内	2,420円
36km～40km以内	2,520円
41km～45km以内	2,830円
46km～50km以内	3,150円
51km～55km以内	3,460円
56km～60km以内	3,780円

- ※1 輸送距離については、往復で1回の距離の算定とさせていただきます。
- ※2 原則として、輸送の範囲につきましては、青森県上十三地域とさせていただきます。
ただし、事業所の管理者が認める場合はこの限りではありません。
- ※3 出発地若しくは到着地が七戸町の場合に限らせていただきます。
- ※4 上記表による距離を越える場合は、5 km毎に下記の計算式により算定します。
$$\text{輸送料} = \text{距離(km: 端数切捨て)} \times 126 \text{円} \times \text{距離割引}(100\% - 50\%)$$

(6) キャンセル料

サービス提供の予定日前日までに利用中止の申し出がなく、当日になって申し出をされた場合は、取り消し料としてそのサービス利用料金（自己負担相当額）の50%の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、体調不良等の正当な理由がある場合は、この限りではありません。

(7) その他

サービスを提供するためにご利用者のお住まいで使用する電気、ガス、水道等の費用はご利用者のご負担となります。

9 利用料の請求及び支払方法

利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月15日までに前月の請求をいたしますので、請求月の末日までに銀行振り込みによりお支払いください。

10 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

(2) サービスの終了

- ①ご利用者のご都合でサービスを終了する場合、サービスの終了を希望する1週間前までに申し出ください。
- ②当事業所の人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知します。
- ③自動終了
以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。
 - ア ご利用者の障害福祉サービス支給決定がなされない場合
 - イ ご利用者が亡くなられた場合

④その他

ご利用者やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し
難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了
させていただく場合がございます。

1.1 秘密の保持について

- ①当事業所の従業者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- ②当事業所で従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- ③事業者では、ご利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でご利用者又はご家族の個人情報を用います。

1.2 利用者の記録や情報の管理・開示

当事業所では、関係法令及び社会福祉法人七戸町社会福祉協議会個人情報保護規程に基づいて、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。なお、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。また、利用者に対するサービス提供に関する諸記録は、居宅介護等サービスの完結の日から5年間保存いたします。

(1) 記録項目

- ①サービス利用計画
- ②アセスメントの記録
- ③サービス担当者会議等の記録
- ④モニタリング結果の記録
- ⑤契約内容報告書
- ⑥利用者からの苦情の内容等の記録
- ⑦事故の状況及び事故に際しての対応の記録

(2) 閲覧・複写の受付

受 付 時 間	午前8時から午後5時
---------	------------

1.3 事故発生時の対応方法

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご利用者がお住まいの市町村、ご家族、障害福祉サービス事業者等に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。なお、当事業所のサービスにより、ご利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。当事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保 険 会 社 名	日本興亜損害保険株式会社
保 險 名	福祉サービス総合保障
補 償 の 概 要	ケガの補償・賠償責任の補償・感染症補償

1.4 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、相談支援専門員等へ連絡いたします。

主 治 医	氏 名		電話番号	
	連 絡 先			
ご 家 族	氏 名		電話番号	
	連 絡 先			

1.5 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所のご利用者相談・苦情窓口

担 当 者	町 屋 とも子
電 話 番 号	0 1 7 6 - 6 2 - 6 7 9 0
F A X 番 号	0 1 7 6 - 6 2 - 3 6 2 8
受 付 日	平日（祝日、12月29日から1月3日を除きます。）
受 付 時 間	午前8時から午後5時

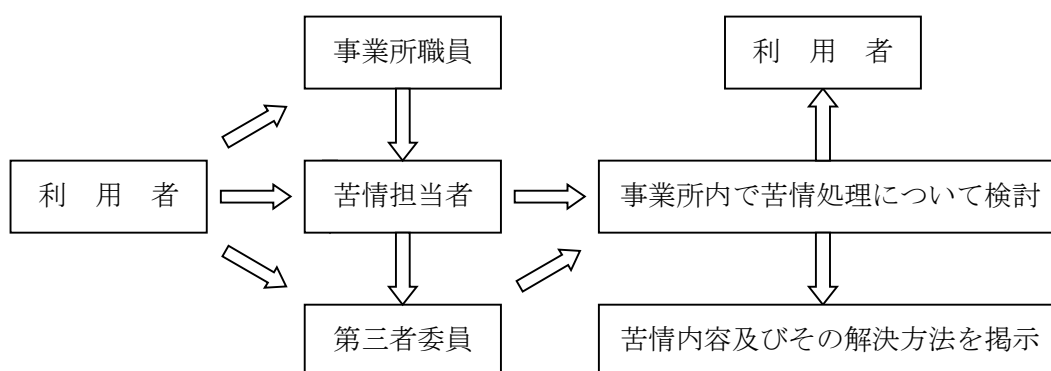
(2) 第三者委員

当事業所では、地域に居住の以下の第三者委員を選任し、地域住民の立場から当事業所のサービスに対する意見などをいただいています。利用者又は契約者は、当事業所への苦情やご意見につきましては第三者委員に相談することができます。

第 三 者 委 員	電 話 番 号
江 渡 慶 子	0 1 7 6 - 6 8 - 3 2 0 3
岡 村 千 鶴 子	0 1 7 6 - 6 2 - 2 7 4 6
小 林 章 廣	0 1 7 6 - 6 2 - 3 7 3 3

(3) 当事業所における苦情処理体制

【苦情処理フロー】



(4) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び青森県運営適正化委員会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

相 談 ・ 苦 情 窓 口	電 話 番 号
七戸町介護高齢課	0 1 7 6 - 6 8 - 3 5 0 0
青森県運営適正化委員会	0 1 7 - 7 3 1 - 3 0 3 9
青森県国民健康保険団体連合会 (苦情処理委員会)	0 1 7 - 7 2 3 - 1 3 3 6

1.6 虐待の防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

① 虐待防止に関する責任者を選定を行います。

虐待防止責任者	居宅介護等事業所管理者 保土澤 沙 織
---------	---------------------

② 成年後見制度の利用支援を行います。

③ 苦情解決体制の整備を行います。

④ 従業員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施し、人権意識の向上、知識や技術の向上に努めます。

⑤ 個別支援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労を相談できる体制を整えるほか、従業者が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。

⑦ サービス提供中に、当事業所職員又は家族等による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

1.7 業務継続計画（BCP）の策定

感染症や自然災害の発生において業務を継続的に実施再開するための計画を策定し、必要な研修及び訓練を計画定期に開催しています。

サービス提供開始に係る同意書

令和 年 月 日

指定居宅介護、指定重度訪問介護及び指定同行援護の提供に際し、利用者に対して本書面に基
づき重要事項の説明を行いました。

事業者 所在地 青森県上北郡七戸町字立野頭139番地1
名称 社会福祉法人 七戸町社会福祉協議会

説明者 職名
氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者から指定居宅介護等の利用について重要事項の説明を受け、
サービスの提供開始に同意します。

利用者 住所：
氏名： 印

契約者 住所：
氏名： 印

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が
利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代筆者 住所：
氏名： 印

続柄：

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報については、下記により必要最低限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 居宅介護等サービスの提供を受けるにあたって、相談支援専門員と障害福祉サービス事業者との間で開催されるサービス等調整会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記（1）の外、障害福祉サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に障害福祉サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。
- (4) 当事業所で、本事業及び関連する事業の事務において必要な場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 利用する障害福祉サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

3 使用する期間

居宅介護等サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払います。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録します。

令和 年 月 日

指定居宅介護、指定重度訪問介護及び指定同行援護事業所
社会福祉法人 七戸町社会福祉協議会 殿

利用者 住 所
氏 名 印

家族等 住 所
氏 名 印

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代筆者 住 所
氏 名 印
続 柄