

居宅介護サービス重要事項説明書

(令和7年4月1日現在)

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望されるかたに対して、社会福祉法第76条に基づき、当施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを説明するものです。

本事業所では、利用者に対して障害者総合支援法に基づく居宅介護を提供します。当サービスの利用は、原則として介護給付費の支給決定を受けたかたが対象となります。

◆◆目次◆◆

1. 事業者・・・・・・・・・・・・・・・・	2
2. 事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・	2
3. 事業実施地域・・・・・・・・・・・・・・・・	2
4. 営業時間等・・・・・・・・・・・・・・・・	2
5. 職員の体制・・・・・・・・・・・・・・・・	3
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・	3
7. サービスの利用に関する留意事項・・・・・・・・	5
8. サービス実施の記録について・・・・・・・・	6
9. 虐待に関する事項・・・・・・・・・・・・・・・・	6
10. 身体拘束等の禁止について・・・・・・・・	7
11. 衛生管理について・・・・・・・・・・・・・・・・	7
12. 業務継続計画の策定について・・・・・・・・	7
13. 損害賠償保険への加入・・・・・・・・	8
14. 緊急時における対応について・・・・・・・・	8
15. 苦情等の受付について・・・・・・・・	8
16. 提供するサービスの第三者評価の実施状況・・・・・	9

社会福祉法人 川口市社会福祉協議会
 指定居宅介護事業所
 当事業所は埼玉県の指定を受けています。

1. 事業者

名 称	社会福祉法人 川口市社会福祉協議会
所在地	〒332 - 0031 川口市青木3 - 3 - 1
電話番号	048 - 252 - 1294
代表者氏名	会長 奥ノ木 信夫
設立年月	昭和53年3月
法人が所有する営業所の種類	訪問介護事業所

2. 事業所の概要

事業所の指定	指定居宅介護・重度訪問介護事業所 平成18年10月1日指定 指定同行援護事業所 平成24年1月1日指定 事業所指定番号：1110200209号 特定事業所加算Ⅱ取得事業所（平成23年1月1日取得） 福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅰ取得事業所（令和7年4月1日取得）
事業の目的	障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスの提供
事業所の名称	社会福祉法人川口市社会福祉協議会
事業所の所在地	〒334 - 0013 川口市南鳩ヶ谷6 - 8 - 16（やすらぎ会館内）
電話番号	048 - 285 - 6106
管理者氏名	在宅福祉課長 齊藤 徹（兼任）
事業所の運営方針	いつも笑顔で安心介護・実績と信頼に基づくサービスの提供
開設年月	平成15年4月1日
事業所が行なっている他の業務	指定訪問介護 平成12年1月4日指定 1170200123号 指定介護予防訪問介護相当サービス 平成30年4月1日指定 1170200123号 指定居宅介護支援 平成19年10月1日指定 1170203689号

3. 事業実施地域

サービス提供地域	川口市
----------	-----

4. 営業時間等

営業日	月曜日から金曜日（但し、国民の祝日及び12月29日から1月3日までを除く）
営業時間	午前8時30分から午後5時15分 （但し、特別な事情がある場合においてはこの限りではない）
連絡体制	電話等により、24時間常時連絡が可能な体制をとる

5. 職員の体制

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤	非常勤	職務の内容
1. 事業所長（管理者）	1 名		・ 従業者の管理業務 ・ サービス内容の管理業務
2. サービス提供責任者	4 名以上		・ サービス利用申込みに係る調整業務 ・ 居宅介護計画の作成業務 ・ サービス内容の管理業務
3. 居宅介護従業者	4 名以上	15 名以上	・ 居宅介護サービスの提供
4. 同行援護従業者	4 名以上	5 名以上	・ 同行援護サービスの提供

当事業所では、利用者に対して指定訪問介護、指定介護予防訪問介護相当サービス、指定居宅介護、指定重度訪問介護、指定同行援護を提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

（1）「居宅介護計画」とサービス内容

当事業所では、下記のサービス内容から居宅介護計画を定めて、サービスを提供します。「居宅介護計画」は市町村が決定した「支給量」と利用者の意向や心身の状況を踏まえて、具体的なサービス内容や利用者に対するサービス実施日などを記載しています。「居宅介護計画」は、利用者やその家族に事前に説明し、同意をいただくとともに、写しを利用者に交付します。また、利用者の申し出により、いつでも見直すことができます。

＜サービス区分及びサービスの内容＞

I 居宅介護

① 身体介護（家庭に訪問し、入浴や排泄、食事などの介助をします。）

○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。

○衣服の着脱の介助…衣服の着脱の介助を行います。

○入浴介助・清拭・洗髪…入浴の介助や清拭（体を拭く）や洗髪などを行います。

○通院介助…通院等の介助を行います。

○その他必要な身体介護を行います。

※医療行為はいたしません。

②家事援助（家庭に訪問し、調理、洗濯、掃除などの生活の援助を行います。）

○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。

○買い物…生活必需品の買い物をを行います。

○その他関係機関への連絡など必要な家事を行います。

※預貯金の引き出しや預け入れは行いません。（預貯金通帳・カードはお預かりできません。）

※利用者以外の方の調理や洗濯、利用者以外の方の居室や庭等の敷地の掃除は原則として行いません。

③その他、必要に応じて健康や日常生活上の状況をお伺いし、生活上のご相談や助言を行います。

（２）利用者負担額

上記サービスの利用に対しては、通常 9 割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）を事業者にお支払いいただきます。

※事業者が利用者に代わり市町村から受領した介護給付費の額については、利用者に通知します。

＜２人のホームヘルパーにより訪問を行った場合＞

○１人のヘルパー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人のヘルパー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。

＜加算等について＞

○緊急時の対応およびサービス提供開始の月については別途加算とさせていただきます。

＜利用者負担額の上限等について＞

○介護給付費対象のサービス（居宅介護・重度訪問介護等）利用者負担額は上限が定められています。

○利用者のご希望により、当事業所を利用者負担の上限管理者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。

○当事業所において利用者負担の上限管理をした場合には、別途上限管理にかかる費用全額を介護給付費より代理受領いたします。

＜償還払い＞

○事業者が介護給付費の代理受領を行わない場合は、介護給付費基準額の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、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介護給付費が支給されます。）

（３）サービス利用に係る実費負担額

サービス提供に要する下記の費用は、介護給付費支給の対象ではありませんので、実費をいただきます。

○通常の事業の実施地域を越えて行う居宅介護等に要した交通費、また、電車・バス等を利用した重度訪問介護・同行援護を提供した場合には、従業者の交通費として通常の事業の実施地域を越えた地点から目的地までの距離によりその実費を徴収します。

〔利用者負担に関する月額上限〕

○１カ月あたりのサービス利用にかかる「定率負担」については、所得に応じて４区分の月額負担額が設定され、それ以上の負担の必要はありません。

区分	世帯の収入状況	１カ月あたりの負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	０円
低所得	市町村民税非課税世帯	０円
一般 1	市町村民税課税世帯(障害者)※収入が概ね 600 万円以下	9, 3 0 0 円
	市町村民税課税世帯(障害児)※収入が概ね 890 万円以下	4, 6 0 0 円
一般 2	上記のかた以外	3 7, 2 0 0 円

※経過措置により、月額負担額が変更になる場合があります。

(4) 利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法（契約書第5条参照）

前記(2)、及び(3)の料金・費用は、1カ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌々月12日（その日が土日国民の休日にあたる場合は翌日）に、原則として、利用者ご指定の金融機関口座から自動引き落としとなります。但し、これによりがたい場合は、現金にてお支払いください。（1カ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。）

(5) 利用の中止、変更、追加（契約書第6条参照）

- ①利用予定日前に、利用者の都合により、居宅介護計画で定めたサービスの利用を中止又は変更することができます。サービス中止の場合は、サービスの実施日の前日午後5時15分まで、変更・追加の場合には1週間前までに事業所に申し出てください。
- ②利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、利用者の体調不良等やむをえない場合は取消料はいただきません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	1,000円

- ③市町村が決定した「支給量」及び当該サービスの利用状況によっては、サービスを追加することもできます。
- ④サービス利用の変更・追加は、ホームヘルパー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場合があります。その場合には、他の利用可能日時を利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

7. サービスの利用に関する留意事項**(1) ホームヘルパーについて**

- ①サービス提供時に、担当のホームヘルパーを決定します。但し、実際のサービス提供にあたっては、複数のホームヘルパーが交替してサービス提供します。担当のホームヘルパーが交替する場合は、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十分に配慮します。
- ②利用者から特定のホームヘルパーを指名することはできませんが、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」に基づいて行います。実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、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サービス実施のために必要な備品（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業所に連絡する場合の電話を使用させていただきます。）

(3) サービス内容の変更

訪問時に、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の実施ができない場合には、利用者の同意を得て、サービス内容を変更します。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、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利用者もしくは家族等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
- ③利用者もしくはその家族等からの金銭又は物品、飲食の授受
- ④利用者の家族等に対するサービスの提供
- ⑤飲酒・喫煙及び飲食（外出介護等において利用者の同意を得て利用者と一緒に飲食を行う場合は除きます。）
- ⑥その他利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動及びその他迷惑行為

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**

当事業所では、サービス提供ごとに、実施日及び実施したサービス内容などを記録し、利用者にその内容をご確認いただきます。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ごとの記録は、サービス提供日より5年間保存します。

(2) 利用者の記録や情報の管理、開示について

当事業所では、関係法令（及び川口市社会福祉協議会情報公開規程、川口市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。（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。）

9. 虐待に関する事項

虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的を実施します。
- (4) 上記に掲げる措置を適切に実施するための担当者及び責任者を設置します。

- (5) 成年後見制度の利用を支援します。
- (6) サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等利用者を現に養護する者）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、これを市町村に通報します。

虐待防止に関する責任者	齊藤 徹（管理者）
虐待防止に関する担当者	間中 雅代（サービス提供責任者）

10. 身体拘束等の禁止について

サービス提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」といいます）を行いません。やむを得ず身体拘束等を行う場合には、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その他の必要な事項を記録します。

当事業所は、身体拘束等の適正化のため、次の措置を講じます。

- (1) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、検討結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

11. 衛生管理について

当事業所は、従業者の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行い、また、設備及び備品等について、衛生的な管理を行います。

感染症が発生し、又はまん延しないように、次の措置を講じます。

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

12. 業務継続計画の策定について

当事業所は、感染症や非常災害の発生において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」といいます）を策定し、必要な措置を講じます。

事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

13. 損害賠償保険への加入

当事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 損害保険ジャパン株式会社
 保険名 社協の保険
 補償の内容 対人・対物・人格権侵害補償、保管物賠償等

14. 緊急時における対応について

サービスの提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

15. 苦情等の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談（お客様相談係）

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、サービス実施記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情解決責任者	齊藤 徹（管理者）
苦情受付担当者	間中 雅代（サービス提供責任者）
連絡先	048-285-6106
受付日・時間	月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時15分 （国民の祝日及び12月29日から1月3日までを除く）

(2) 福祉サービス調整委員

当事業所では、地域にお住まいの方を福祉サービス調整委員に選任し、地域住民の立場から当事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者から寄せられた当事業所への苦情やご意見は「福祉サービス調整委員」に申立することもできます。

福祉サービス調整委員	菅原 啓高（あおば総合法律事務所 弁護士） 石川 みちこ（川口市民生委員児童委員協議会理事、鳩ヶ谷第三地区民生委員児童委員協議会会長） 笠原 博（川口地区保護司会副会長）
事務局	川口市社会福祉協議会
連絡先	048-252-1294

(3) 行政機関その他苦情受付機関

行政機関	川口市役所 障害福祉課
所在地	川口市青木 2-2-1
電話番号	048-258-1110 (代表)
受付日・時間	月曜日から金曜日 午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分 (国民の祝日及び 12 月 29 日から 1 月 3 日までを除く)

苦情受付機関	埼玉県運営適正化委員会
所在地	さいたま市浦和区針ヶ谷 4-2-65 埼玉県社会福祉協議会内
電話番号	048-822-1243
受付日・時間	月曜日から金曜日 午前 9 時から午後 4 時 (国民の祝日及び 12 月 29 日から 1 月 3 日までを除く)

16. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	なし
---------------	----

令和 年 月 日

(事業者)

法人名 社会福祉法人川口市社会福祉協議会

所在地 川口市青木3-3-1

代表者名 会長 奥ノ木 信夫 印

(説明者)

事業所名 社会福祉法人川口市社会福祉協議会

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、居宅介護サービスの提供開始に同意しました。

(利用者)

住所

氏名 _____ 印 _____

(代理人または立会人等)

住所

氏名 _____ 印 _____