

指定居宅介護事業所「まごころ」
指定重度訪問介護事業所「まごころ」
重要事項説明書

本事業所では、障害者自立支援法に基づく訪問介護サービス及び重度訪問介護サービスを、原則として介護給付費支給決定を受けた方を対象に提供します。事業所概要やサービス内容、契約上ご注意いただくことを次の通り説明します。

1. 事業者

事業所名	常陸太田市社会福祉協議会
所在地	常陸太田市稲木町33番地
電話番号	0294(80)7000
代表者氏名	会長 石川 八千代

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定居宅介護事業所、重度訪問介護事業所
事業所の名称	指定居宅介護事業所「まごころ」
事業所番号	0811200013号
事業の目的	総合支援法に基づき、障害者（児）に対し適正な障害者福祉サービスを提供する
管理者氏名	橋本 重信
事業所の運営方針について	利用者が居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、サービスの提供を適切に行うことに努める。

3. 営業時間

事務所の営業日及び営業時間は、次のとおりです。但し、訪問介護員の派遣は毎日24時間対応です。

営業日	月曜日～金曜日 但し、祝祭日と12月29日から1月3日までは除く。
営業時間	午前8時30分～午後5時15分

4. 職員体制

管理者	1名
サービス提供責任者	2名（訪問介護員兼務）
訪問介護員	介護福祉士 8名（常勤2名、非常勤6名） ヘルパー2級 4名（常勤1名、非常勤3名）

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) サービス区分及びサービス内容

①身体介護（ご家庭に訪問し、入浴や排泄、食事などの介護を行います。）

○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（ご家庭に訪問し、調理、洗濯、掃除などの生活の援助を行います。）

○その他日常生活を営むために必要な家事の援助を行います。

※ 預貯金の引出しや預入れは行いません。（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、居室の掃除及び庭等の敷地の草取りは行いません。

③生活等に関する相談及び助言

④日常生活支援

⑤その他の生活全般にわたる援助

(2) 利用者負担額

上記サービスの利用に対しては、1割を事業者にお支払いいただきます。なお、介護給付費より9割が支給されます。また、一人での介護が困難と認められる場合などで、利用者の同意の元2人の従業者でサービスを提供した場合には、2人分の利用者負担額を頂きます。

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、この限りではありません。障害福祉サービスをご確認下さい。

障害者の利用者負担

所得区分		月額負担上限額
生活保護		0円
低所得1・2		0円
一般	所得割16万円未満	9,300円
	所得割16万円以上	37,200円

障害児の利用者負担

所得区分		月額負担上限額
生活保護		0円
低所得1・2		0円
一般	所得割16万円未満	4,600円
	所得割16万円以上	37,200円

利用料金目安

サービスの種類時間等		利用料	自己負担額
身体介護	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 3 0 以上 2 時間未満	6, 6 9 0 円	6 6 9 円
	2 時間以上 2 時間 3 0 分未満	7, 5 4 0 円	7 5 4 円
	2 時間 3 0 分以上 3 時間未満	8, 3 7 0 円	8 3 7 円
	3 時間以上	9, 2 1 0 円の 3 0 分増すごとに 8 3 0 円加算	9 2 1 円の 3 0 分増すごとに 8 3 円加算
家事援助	3 0 分未満	1, 0 6 0 円	1 0 6 円
	3 0 分以上 4 5 分未満	1, 5 3 0 円	1 5 3 円
	4 5 分以上 1 時間未満	1, 9 7 0 円	1 9 7 円
	1 時間以上 1 時間 1 5 分未満	2, 3 9 0 円	2 3 9 円
	1 時間 1 5 分以上 1 時間 3 0 分未満	2, 7 5 0 円	2 7 5 円
	1 時間 3 0 分以上	3, 1 1 0 円に 3 0 分増すごとに 3 5 0 円加算	3 1 1 円に 3 0 分増すごとに 3 5 円加算
重度訪問介護	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, 2 1 0 円に 3 0 分増すごとに 8 5 0 円	8 2 1 円に 3 0 分増すごとに 8 5 円
	8 時間以上 1 2 時間未満	1 5, 0 5 0 円に 3 0 分増すごとに 8 5 0 円加算	1, 5 0 5 円に 3 0 分増すごとに 8 5 円加算
	1 2 時間以上 1 6 時間未満	2 1, 8 4 0 円に 3 0 分増すごとに 8 1 0 円加算	2, 1 8 4 円に 3 0 分増すごとに 8 1 円加算
	1 6 時間以上 2 0 時間未満	2 8, 3 4 0 円に 3 0 分増すごとに 8 6 0 円加算	2, 8 3 4 円に 3 0 分増すごとに 8 6 円加算
	2 0 時間以上 2 4 時間未満	3 5, 2 0 0 円に 3 0 分増すごとに 8 0 0 円加算	3, 5 2 0 円に 3 0 分増すごとに 8 0 円加算

(3) サービス利用にかかる実費負担額

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、従業者が訪問するための交通費をいただきます。(サービス利用料と共に 1 カ月ごとに

お支払いいただきます。)

(4) 利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法

利用料金・費用は、1カ月ごとに計算し、翌月25日に預金引き落としのお支払い方法といたします。なお、他のお支払い方法をご希望の方はお申し出ください。(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

- ①利用予定日の前に、利用者の都合により居宅介護計画、重度訪問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。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。
- ②利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合は、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。ただし、利用者の体調不良等やむを得ない場合には取消料はいただきません。

前日までに申し出があった場合	無料
前日までに申し出がなかった場合	交通費として一律300円

6. サービスの利用に関する留意事項

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)や従業者が事務所に連絡する必要がある場合の電話等は、無償で使用させていただきます。

7. 損害賠償について

事業所の責任によりご契約者に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償します。ただし、物損につきましては、古くなったもの(耐用年数を超え、風化したものなど)の破損についての保証はできません。破損の恐れのあるもの、破損を絶対に避けたいものは、片付けるなどの対応をお願いします。

8. ヘルパー訪問時返答がない場合

声かけ、電話などをしても返答がない時は中に入り安否確認をします。また家族へ連絡をします。

9. 従業者の禁止行為

従業者は、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。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">① 医療行為② 契約者もしくはその家族等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり③ 契約者もしくはその家族等からの金銭又は物品の授受、飲食等のもてなし④ 契約者の家族等に対するサービスの提供 |
|--|

10. 虐待の防止

虐待の防止や早期発見、早期対応することを目的として、下記の対策を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止責任者	理事 笹川 雅之
---------	----------

- (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。

1 1. 第三者による評価の実施状況

1 あり 実施日 : 年 月 日
 評価機関名称 :
 結果の開示 : 1 あり 2 なし

② なし

1 2. 苦情申し立て窓口

常陸太田市社会福祉協議会 『ご利用者相談窓口』 窓口担当者 総務グループ長 井上 佳信	常陸太田市稲木町33 電話：0294-73-1717 (平日8:30～17:00)
生天目 操 (第三者委員)	常陸太田市下利員町1052 電話：0294-76-1358
斎藤 広美 (第三者委員)	常陸太田市徳田町1500-1 電話：0294-82-2697

障害福祉サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

氏 名 _____

署名代行者 氏 名 _____

連絡先電話番号 80 - 7000