

社会福祉法人志木市社会福祉協議会指定訪問介護事業所

## 重要事項説明書

(令和6年9月1日現在)

### 1 法人の概要

名称	社会福祉法人志木市社会福祉協議会
代表者役職・氏名	会長 中村 勝義
所在地	〒353-0001 埼玉県志木市上宗岡1丁目5番1号
電話番号	048-485-1177
法人設立年月日	昭和54年2月19日

### 2 事業所の概要

#### (1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	社会福祉法人志木市社会福祉協議会指定訪問介護事業所
所在地	〒353-0001 埼玉県志木市上宗岡1丁目5番1号 東館
電話番号	048-486-0610
介護保険指定番号	1172200055
サービス提供地域	志木市内全域

#### (2) 事業所の職員体制

	資格	業務内容	常勤	非常勤	合計
管理者	介護福祉士	業務管理	1人		1人
サービス提供責任者	介護福祉士	サービスの相談・調整等	4人	1人以上	5人以上
訪問介護員 (ヘルパー)	介護福祉士	サービスの提供		15人以上	15人以上
	介護職員初任者研修修了者等	サービスの提供		5人以上	5人以上

#### (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日（祝休日、12月29日から1月3日までを除く）
営業時間	8:30～17:15

※ 緊急時は、携帯電話に転送後対応させていただきます。

#### (4) サービスの提供日及び提供時間帯

	通常時間帯 8:00～18:00	早朝 7:00～8:00	夜間 18:00～22:00
平日	○	○	○
土日祝休日	○	○	○

※ 年末年始（12/29から1/3の期間）は、状況に応じてご相談させていただく場合があります。

### 3 サービス内容

身体介護	利用者の身体に直接接触して行う介助サービス、利用者が日常生活を営むために必要な機能を高めるための介助サービス、自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助サービス（排泄介助、食事介助、清拭、入浴介助、体位変換、更衣介助、服薬介助、買い物同行介助等）
生活援助	家事を行うことが困難な利用者に対して行う家事サービス（調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受け取り、衣類の整理等）

### 4 利用料、その他の費用の額

#### (1) 訪問介護の利用料

##### ①基本利用料

サービスを利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は原則として基本利用料に対して介護保険負担割合証に記載の割合（1～3割）に応じた額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

※地域区分別1単位当たりの単価10,84円(4級地)

区分	1回当たりの所要時間	基本利用料	利用者負担			
			1割	2割	3割	
身 体 介 護	1	20分以上30分未満	2,644円	265円	529円	794円
	2	30分以上1時間未満	4,195円	420円	840円	1,259円
	3	1時間以上1時間30分未満	6,146円	615円	1,230円	1,844円
	4	1時間30分以上 (30分増すごとに加算)	888円 を加算	89円 を加算	178円 を加算	267円 を加算
引き続き生活援助を算定する場合 (25分増すごとに加算)		704円 を加算	71円 を加算	141円 を加算	212円 を加算	
生 活 援 助	2	20分以上45分未満	1,940円	195円	389円	583円
	3	45分以上70分以上を限度	2,384円	239円	477円	716円

☆利用者の心身の状況により、1人の訪問介護員によるサービス提供が困難であると認められる場合で、利用者の同意を得て、2人の訪問介護員によるサービス提供を行った場合、基本利用料の2倍の料金となります。

☆1回当たりの所要時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、訪問介護計画に明示された標準の所要時間によるものとします。

## ②加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

ア 算定基準に適合したサービスの実施による加算

※地域区分別1単位当たりの単価10,84円(4級地)

加算の種類	要件	利用料	利用者負担		
			1割	2割	3割
夜間・早朝加算	夜間(18:00~20:00)、早朝(7:00~8:00)にサービスを提供した場合	1回につき 基本利用料の25%			
緊急時訪問介護加算	利用者やご家族等からの要請を受け、計画にない緊急の身体介護サービスを行った場合	1回につき 1,084円	109円	217円	326円
初回加算	新規に訪問介護計画を作成した利用者に、サービス提供責任者が自ら訪問介護を行うか他の訪問介護員に同行した場合	1月につき 2,168円	217円	434円	651円
生活機能向上連携加算Ⅰ	訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等の助言に基づき、訪問介護計画を作成し、訪問介護を行った場合(初回の訪問介護が行われた日の属する月)	1月につき 1,084円	109円	217円	326円
生活機能向上連携加算Ⅱ	訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等とサービス提供責任者が同行訪問し、共同して訪問介護計画を作成し、訪問介護を行った場合(初回の訪問介護から3か月間を限度)	1月につき 2,168円	217円	434円	651円

イ 加算の基準に適合していると県に届け出ている加算

加算の種類	要件	利用料	利用者負担
特定事業所加算Ⅱ	加算の体制要件、人材要件を満たす場合	1月につき基本利用料の10%	
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	介護職員の賃金等の改善を実施し、加算のキャリアパス要件と職場環境等要件を満たす場合	1月につき総単位数の18.2%	

## (2) 第1号訪問事業(介護予防訪問介護相当サービス)の利用料

### ①基本利用料

サービスを利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は原則として基本利用料に対して、介護保険負担割合証に記載の割合(1~3割)に応じた額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

※地域区分別1単位当たりの単価10,84円(4級地)

区分	サービス内容	基本利用料	利用者負担		
			1割	2割	3割
訪問型サービスⅠ	1週間に1回程度の第1号訪問事業が必要とされた場合	1月につき 12,737円	1,274円	2,548円	3,822円
訪問型サービスⅡ	1週間に2回程度の第1号訪問事業が必要とされた場合	1月につき 25,452円	2,546円	5,091円	7,636円
訪問型サービスⅢ	1週間に3回程度を超えるサービスが必要とされた場合 (要支援2の利用者に限る)	1月につき 40,389円	4,039円	8,078円	12,117円

## ②加算

ア 算定基準に適合したサービスの実施による加算

※地域区分別1単位当たりの単価10,84円(4級地)

加算の種類	要件	利用料	利用者負担		
			1割	2割	3割
初回加算	新規に介護予防訪問介護計画を作成した利用者にサービス提供責任者が自ら訪問介護を行うか他の訪問介護員に同行した場合	1月につき 2,168円	217円	434円	651円
生活機能向上連携加算Ⅰ	訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等の助言に基づき、介護予防訪問介護計画を作成し、訪問介護を行った場合(初回の訪問介護が行われた日の属する月)	1月につき 1,084円	109円	217円	326円
生活機能向上連携加算Ⅱ	訪問リハビリテーション事業所等の理学療法士等とサービス提供責任者が同行訪問し、共同して介護予防訪問介護計画を作成し、訪問介護を行った場合(初回の訪問介護から3か月間を限度)	1月につき 2,168円	217円	434円	651円

イ 加算の基準に適合していると県に届け出ている加算

加算の種類	要件	利用料	利用者負担
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	介護職員の賃金の改善等を実施し、加算のキャリアパス要件と職場環境等要件を満たす場合	1月につき総単位数の18.2%	

## (3)交通費

訪問介護員が訪問するための交通費は無料です。

## (4)キャンセル料(第1号訪問事業を除く)

急なキャンセルの場合は、以下の料金をいただきます。

利用日前日の午後5時までにご連絡いただいた場合	無料
利用日前日の午後5時までにご連絡がなかった場合	1回 850円

※キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。(048-486-0610)

## (5) 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、電気等の費用は利用者のご負担になります。
- ②通院、外出介助での訪問介護員等の公共交通機関等の交通費は、実費相当を請求します。
- ③料金のお支払方法は、月末締め翌月の20日前後に請求書を送付し、28日（土日、祝休日の場合は翌日もしくは翌々日）にご指定の口座より引き落としさせていただきます。引き落とし確認後、領収証を発行します。

## 5 サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

### (1) 訪問介護員等は、サービス提供の際、次の業務を行うことはできません。

- ①医療行為
- ②預貯金の引き出しや預け入れ、金銭に関する取り扱い
- ③利用者以外の家族のためのサービス提供
- ④日常生活を営むのに支障がないもの(草むしり、花木の水やり、犬の散歩等)
- ⑤利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供(家具・電気器具の移動、大掃除等)

### (2) その他留意事項

金品や飲食物の提供などはお断りいたします。

## 6 サービス・契約の終了

次の事由に該当した場合、事業者は文書で通知することにより、直ちに契約を解除することができます。

### (1) 背信行為

利用者又はその家族が非協力など双方の信頼関係を損壊する行為や、社会通念を逸脱すると思われる苦情などにより改善の見込みがなく、当事業所及び訪問介護員の業務遂行に支障が出ていると判断した場合。

### (2) ハラスメント行為

利用者またはその家族が事業者に対して以下の行為があり、改善の見込みがない場合。

- 身体的暴力（たたく、物を投げるなど身体的に危害を及ぼす行為）
- 精神的暴力（威圧的態度で文句を言う、理不尽なサービスを要求するなど、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）
- ハラスメント（必要もなく手や腕などをさわる、卑猥な言動を繰り返すなど、性的な誘い掛けやいやがらせ、好意的態度の要求等）

## 7 秘密の保持

### (1) 職員の秘密保持

職員に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、職員である期間及び職員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、職員との雇用

契約の内容としています。

## (2) 関係者との共有

利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。

## (3) 法令遵守

利用者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

## 8 緊急時の対応方法

サービスの提供中、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医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに家族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	医療機関名 主治医氏名
	電話番号
緊急連絡先 (ご家族)	氏名
	電話番号

## 9 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村等、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、サービス提供により、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。なお、事業者は以下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
---------------------------------

## 10 虐待の防止について

事業者は利用者に対する虐待を早期に発見して迅速かつ適切な対応をはかるため、必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会の開催等
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待防止のための定期的な研修の実施
- (4) 虐待防止に関する措置を適切に実施するための担当者の設置

## 1.1 サービス提供に関する相談、苦情

### (1) 苦情処理の体制及び手順

サービス提供に関する相談及び苦情を受けるための窓口を設置し、体制及び手順は以下のとおりとし、相談及び苦情に円滑かつ適切に対応します。

- ① 苦情があった場合は、直ちに利用者・家族に連絡をとり、必要に応じて訪問を実施し、詳しい状況を聞く
- ② 事実関係の確認を行う
- ③ 管理者へ報告し、必要に応じて検討会議を行う
- ④ 利用者へ今後の対応方法を含めた結果報告を行う

### (2) 苦情相談窓口

苦情受付担当者 下津玲子	電 話 048-486-0610 受付時間 8:30～17:15
苦情解決責任者 二渡睦美	受 付 日 月曜日～金曜日 (祝休日・12月29日から1月3日までを除く)

県及び市の苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

志木市 福祉部長寿応援課 (平日 8:30～17:15)	048-473-1348
埼玉県国民健康保険団体連合会 (平日 8:30～12:00 13:00～17:00)	048-824-2568
埼玉県運営適正化委員会 (平日 9:00～16:00)	048-822-1243

### (3) 第三者委員

当事業所では、地域にお住まいの方を第三者委員に選任し、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。利用者は、当事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

第三者委員の連絡先は、当事業所にご確認ください。

## 1.2 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無 無

訪問介護・第1号訪問事業の提供開始にあたり、利用者に対して、重要な事項を説明しました。

<説明者> 事業所名 社会福祉法人志木市社会福祉協議会指定訪問介護事業所  
氏名 印

私は、事業者から訪問介護・第1号訪問事業についての重要な事項の説明を受けサービスの提供開始について同意しました。

令和 年 月 日

<利用者> 氏名 印

<代理人> 氏名 印