

しょうがいしゃ にちじょうせいかつおよ しゃかいせいかつ そうごうてき しえん ほうりつ
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
しょうがいしゃそうごうしえんほう
(障害者総合支援法)

しゃかいふくしほうじんしゃりちょうしゃかいふくしきょうぎかい

社会福祉法人斜里町社会福祉協議会『ホームヘルパーステーション』

じゅうようじこうせつめいしょ
重要事項説明書

れいわ ねん がつかいてい
(令和7年4月改定)

とうじぎょうしょ しょうがいしゃそうごうしえんほう してい う
当事業所の障害者総合支援法の指定を受けております。

この説明書は、ホームヘルパーステーションの概要並びに障害者総合支援法に
基づくサービス内容・利用料金等を詳細に説明しているものです。

ホームヘルパーステーションをご利用される方は、必ずお読み頂き大切に
保管してください。

【 目 次 】

1. 事業者	1 ページ
2. 事業所の概要	1 ページ
3. サービス内容	2 ページ
4. 利用料金	2 ページ
5. サービスの終了	5 ページ
6. 緊急時の対応方法	5 ページ
7. 事故発生時の対応方法	5 ページ
8. 虐待の防止のための措置	5 ページ
9. ハラスメントに関する事項	6 ページ
10. サービス内容に関する苦情	6 ページ

しゃかいふくしほうじん しゃりちょうしゃかいふくしきょうぎかい
社会福祉法人 斜里町社会福祉協議会

ホームヘルパーステーション

1. 事業者

- (1) 事業者名 社会福祉法人斜里町社会福祉協議会
- (2) 所在地 斜里郡斜里町文光町52番地17
- (3) 電話番号 0152-23-4704
- (4) 代表者名 斜里町社会福祉協議会 会長 三 浦 勝 利

2. 事業所（訪問介護事業者）の概要

- (1) 事業所の種類及び事業所番号（指定日：平成18年10月1日）

- ① 指定居宅介護事業所 事業所番号：0115300055
- ② 指定重度訪問介護事業所 事業所番号：0115300055
- ③ 指定同行援護事業所 事業所番号：0115300055

- (2) 事業目的

事業所が行う居宅介護事業及び重度訪問介護・行動援護・同行援護事業の適正な運営を確保するために人員及管理運営に関する事項を定め、介護福祉士資格の有資格者や訪問介護員研修の修了者等が要介護状態にある障害者に対し、適正な訪問介護を提供することを目的としています。

- (3) 運営方針

事業所の訪問介護員等は、障害区分認定者等の心身の特徴を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

- (4) 職員の職種、人数及び職務内容

- ① 管理者

1名以上

管理者は、従業者に事業所運営に必要な指揮命令を行う。

- ② サービス提供責任者

2名以上

サービス提供責任者は、事業所に対する障害福祉サービスの利用の申し込みにかかる調整、訪問介護員等に対する技術指導、居宅介護計画の作成等を行う。

- ③ 訪問介護員等

2. 5名以上

訪問介護員は、訪問介護の提供を行う。

- ④ 事務職員1名以上

事業所の必要な事務を行う。

(5) 営業日及び時間

- ① 営業日：月曜日から日曜日までとする。ただし、12月29日から1月3日までを除く。
- ② 営業時間：午前6時00分から午後9時00分までとする。

なお、必要に応じ通常の営業時間を越えてサービスを提供できるものとする。
電話等により、24時間常時連絡可能な体制とする。

3. サービス内容

【身体介護に関するサービス】

- ①起床介助
- ②就寝介助
- ③排泄介助
- ④衣服の着脱介助
- ⑤整容介助
- ⑥入浴介助
- ⑦身体の清拭・洗髪
- ⑧食事介助
- ⑨体位交換
- ⑩服薬管理
- ⑪通院介助
- など

【家事援助に関するサービス】

- ①調理
- ②洗濯
- ③住居の掃除・整理整頓
- ④買い物
- ⑤薬の受け取り
- など

【生活等に関する相談及び助言】

【重度訪問介護】 【同行援護】

【その他生活全般にわたる援助】※援助内容については、本会と利用者の協議により行う。）

（援助内容：_____）

4. 利用料金

(1) 利用料金

障害者福祉サービスを提供した際は、支給決定を受けた障害者又は障害児の保護者から市町村が定める負担金上限額の範囲内において利用者負担金の支払を受ける。

【訪問介護料金】（日中のみ）

下記利用料金には、「人材の質の確保」や「ヘルパーの活動環境の整備」などサービスの質の高い事業所として、『特定事業所加算（Ⅱ）』10%が加算されます。（ただし、居宅介護・同行援護に限る。）

区分	時間	基本料金	利用料金	事業所加算
身体介護	30分未満	2,560円	256円	282円
	30分以上～1時間未満	4,040円	404円	444円
	1時間以上～1時間30分未満	5,870円	587円	646円
	1時間30分以上～2時間未満	6,690円	669円	736円
	2時間以上～2時間30分未満	7,540円	754円	829円
	2時間30分以上～3時間未満	8,370円	837円	921円
	3時間以上の場合	9,210円	921円	1,013円
	3時間以上(30分増すごとに)	830円	83円	91円
家事援助	30分未満	1,060円	106円	117円
	30分以上～45分未満	1,530円	153円	168円
	45分以上～1時間未満	1,970円	197円	217円
	1時間以上～1時間15分未満	2,390円	239円	263円
	1時間15分以上～1時間30分未満	2,750円	275円	303円

	1時間30分以上の場合	3,110円	311円	342円
	1時間30分以上(30分増すごとに)	350円	35円	39円
つういんかいじょ 通院介助 (身体介護を伴う場合)	30分未満	2,560円	256円	282円
	30分以上～1時間未満	4,040円	404円	444円
	1時間以上～1時間30分未満	5,870円	587円	646円
	1時間30分以上～2時間未満	6,690円	669円	736円
	2時間以上～2時間30分未満	7,540円	754円	829円
	2時間30分以上～3時間未満	8,370円	837円	921円
	3時間以上の場合	9,210円	921円	1,013円
	3時間以上(30分増すごとに)	830円	83円	91円
つういんかいじょ 通院介助 (身体介護を伴わない場合)	30分未満	1,060円	106円	117円
	30分以上～1時間未満	1,970円	197円	217円
	1時間以上～1時間30分未満	2,750円	275円	303円
	1時間30分以上の場合	3,450円	345円	380円
	1時間30分以上(30分増すごとに)	690円	69円	76円
福祉・介護職員処遇改善加算		サービス単位数×34.7%		
じゅうどほうちんかいご 重度訪問介護 (病院等に入院又は 入所中以外)	1時間未満	1,860円	185円	
	1時間以上～1時間30分未満	2,770円	275円	
	1時間30分以上～2時間未満	3,690円	367円	
	2時間以上～2時間30分未満	4,610円	458円	
	2時間30分以上～3時間未満	5,530円	550円	
	3時間以上～3時間30分未満	6,440円	640円	
	3時間30分以上～4時間未満	7,360円	732円	
	4時間以上8時間未満の場合	8,210円	817円	
	4時間以上(30分増すごとに)	850円	85円	
どうこうえんご 同行援護	30分未満	1,910円	191円	210円
	30分以上～1時間未満	3,020円	302円	363円
	1時間以上～1時間30分未満	4,360円	436円	480円
	1時間30分以上～2時間未満	5,010円	501円	551円
	2時間以上～2時間30分未満	5,660円	566円	623円
	2時間30分以上～3時間未満	6,320円	632円	695円
	3時間以上の場合	6,970円	697円	767円
	3時間以上(30分増すごとに)	660円	66円	73円
福祉・介護職員処遇改善加算		サービス単位数×34.7%		
初回加算		2,000円		200円
緊急時対応加算		1,000円		100円
利用者負担上限管理加算 (居宅介護・重度訪問介護・行動援護・同行援護)		1,500円		150円

いどうかいごかさ 移動介護加算	所要時間1時間未満	1,000円	100円
	所要時間1時間以上2時間未満	1,500円	150円
	所要時間2時間以上3時間未満	2,000円	200円
	所要時間3時間以上の場合	2,500円	250円

※ 上記以外の詳しい負担金につきましては、事業所までお問い合わせ下さい。

※ 2人で訪問した場合は、2人分の利用料金となります。

(2) 利用者負担に関する月額上限

1ヶ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	負担上限月額
生活保護者	生活保護受給世帯	0円
低所得	市町村民税非課税世帯(注1)	0円
一般1	市町村民税非課税世帯(所得割16万円(注2)未満) ※入所施設利用者(20歳以上)、グループホーム・ ケアホーム利用者を除きます。(注3)	9,300円
一般2	上記以外	37,200円

(注1)3人世帯で障害者基礎年金1級受給の場合、収入が概ね300万円以下の世帯が対象となります。

(注2)収入が概ね600万円以下の世帯が対象になります。

(注3)入所施設利用者(20歳以上)、グループホーム、ケアホーム利用者は、市町村民税課税世帯の場合、「一般2」となります。

(3) その他

① 利用者様の住まいで、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様のご負担となります。

② 料金の支払い方法

毎月15日までに前月分の請求を致しますので、25日までにお支払い下さい。

お支払いは、銀行振込または斜里町社会福祉協議会にお支払い下さい。

③ サービス中止の申し出

利用者からのサービス提供中止の申し出の時間帯により、やむを得ない事情の場合を除いてキャンセル料を支払いただきます。

中止申し出の時間	キャンセル料金
サービスの利用の3時間前	基本料金の50%
サービスの利用の12時間前	基本料金の30%
サービスの利用の24時間前	無料

5. サービスの終了

(1) 利用者様の都合でサービスを終了する場合

サービス終了の都合を希望する日の1週間前までに文書でお申出下さい。

(2) 自動終了

以下の場合に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。

- ① 利用者様が障害者施設等に入所した場合
- ② 障害福祉サービスを受けていた利用者様の区分が非該当と認定された場合
- ③ 利用者様がお亡くなりになった場合

(3) その他

- ① 本会が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、また本会が破産した場合、利用者様は文章で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ② 利用者様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず支払わない場合、または利用者様やご家族などが本会およびサービス事業者に対して本契約を継続し難いほどの配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。

6. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、親族、市町村等へ連絡いたします。

7. 事故発生時の対応方法

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、市町村に連絡をし、事故の状況及び事故に際して執った処置について記録を行います。また、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

8. 虐待の防止のための措置

本会は、利用者様等の人権の擁護・虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるよう努めるものとする。

1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施

2) 利用者及其家族からの苦情処理体制の整備

3) 虐待防止に関する責任者の選定及び措置

4) 虐待防止のための対策を検討する委員会を設置し、虐待防止に関する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底する。

5) その他虐待防止のために必要な措置

2 本事業所は、サービス提供中に、従業者または擁護者（利用者の家族等障害者を現に擁護する者）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、速やかにこれを町に通報するものとする。

9. ハラスメントに関する事項

事業所におけるセクシャルハラスメントやパワーハラスメント等を防止するための措置を講じ健全な職場環境とする。また、利用者やその家族からのカスタマーハラスメントについても適切な対応に努めるとともに、従業員に周知徹底を図る。

1) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備

2) ハラスメント防止に関する責任者の選定及び設置

10. サービス内容に関する苦情

利用者様相談・苦情窓口	住 所	電話番号
ホームヘルプステーション 担当者： 林 利 恵	斜里町文光町52番地	0152-23-4704 【受付時間】 8:30～17:15
斜里町民生部保健福祉課	斜里町青葉町40番地	0152-22-2500
北海道社会福祉施設運営財団	札幌市中央区北4条西7丁目	011-242-2101

居宅介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対し契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 社会福祉法人斜里町社会福祉協議会
ホームヘルプステーション
所在地 斜里郡斜里町文光町52番地17
代表者 会長 三 浦 勝 利 印
説明者 社会福祉法人斜里町社会福祉協議会
ホームヘルプステーション
氏 名 _____ 印

私は、契約書および本書面により、事業者から訪問介護についての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____
氏 名 _____ 印
(代理人) 住 所 _____
氏 名 _____ 印