

指定訪問介護・第一号訪問事業（訪問介護従前相当）

重要事項説明書

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 安平町社会福祉協議会
(2) 法人所在地 北海道勇払郡安平町早来大町4 1 番地 かしわ館内
(3) 電話番号 0 1 4 5 - 2 2 - 3 0 6 1
(4) 代表者氏名 会長 真保 立至
(5) 設立年月日（法人化） 平成1 8 年3 月2 7 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定訪問介護事業所・指定介護予防訪問介護事業所
介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問事業(訪問介護従前相当)
(2) 事業の目的 指定訪問介護は、介護保険法令に従い、ご利用者が居宅において、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、サービスを提供します。
(3) 事業所の名称 安平町社協ホームヘルパーセンター（平成18年3月27日開設）
(4) 事業所所在地・電話 勇払郡安平町早来大町4 1 番地 電話 0145-22-3061
(5) 管理者氏名 三浦由起子
(6) 当事業所の運営方針 心身の状態を改善・維持し、安心してできる限り住み慣れた地域で暮らすことができるよう支援することを目的に訪問介護サービスを提供します。また、ご利用者それぞれの生活に合わせ、自分らしい暮らしを送れるよう一人一人に合った支援を行います。
(7) 通常の事業の実施地域 安平町
(8) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	月～金 午前8時30分～午後5時15分（祝日除く）
サービス提供時間帯	年中無休 午前8時30分～午後5時15分

- (9) 職員体制（令和3年4月1日現在）

職種	人数	職務の内容
1. 管理者	常勤 1名 (サービス提供責任者兼務)	センターの従業者の管理及び業務の管理を行う。
2. サービス提供責任者 (訪問介護員のうち)	1名以上	センターに対する指定訪問介護の利用申込に係る調整、訪問介護員に対する技術的指導、訪問介護計画の作成等を行う。
3. 訪問介護員	2. 5名以上	指定訪問介護の提供にあたる。

（サービスの質の向上に関する取り組み）

- ①定期的に職員全員によるサービスの自己評価に取り組んでいます。
②虐待防止のためマニュアルを定め、研修に取り組んでいます。
※令和2年度はサービスの第三者評価は実施しておりません。

4. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険の給付対象となるサービス

ご利用者の家庭に訪問し、次のサービスを提供します。

令和6年4月1日～5月31日

《要介護1～5までの方》

○身体介護

利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助や専門的な援助を行います。

例) 起床介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭(せいしき)、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助など

標準的時間	20分～30分	30分～60分	60分～90分	90分以上 (30分増す毎に)
所定単位数(特定事業所加算Ⅱ含む)	268単位	426単位	624単位	90単位
特別地域訪問介護加算(15%)	40単位	64単位	94単位	14単位
介護職員処遇改善加算Ⅱ(10.0%)	31単位	49単位	72単位	10単位
特定処遇改善加算Ⅰ(6.3%)	19単位	31単位	45単位	7単位
介護職員ベースアップ加算(2.4%)	7単位	12単位	17単位	2単位
利用料金(単位数×10円)	3,650円	5,820円	8,520円	1,230円
自己負担額(1割負担の場合)	365円	582円	852円	123円

○生活援助

家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。

例) 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など

標準的時間	45分未満	45分以上
所定単位数(特定事業所加算Ⅱ含む)	197単位	242単位
特別地域訪問介護加算(15%)	30単位	36単位
介護職員処遇改善加算Ⅱ(10.0%)	23単位	28単位
特定処遇改善加算Ⅰ(6.3%)	14単位	18単位
介護職員ベースアップ加算(2.4%)	5単位	7単位
利用料金(単位数×10円)	2,690円	3,310円
自己負担額(1割負担の場合)	269円	331円

※特定事業所加算(Ⅱ)は訪問介護員の3割以上が介護福祉士等の資格を有し、研修体制、管理体制の整備された事業所が算定対象とされております。

○その他の加算

	初回加算	緊急時訪問 介護加算	生活機能向 上連携加算
加算単位数	月額200単位	1回100単位	1回100単位
介護職員処遇改善 加算Ⅱ(10%)	20単位	10単位	10単位
特定処遇改善加算 Ⅰ(6.3%)	13単位	6単位	6単位
介護職員ベース アップ加算(2.4%)	5単位	2単位	2単位
利用料金 (単位数×10円)	2,380円	1,180円	1,180円
自己負担額 (1割負担の場合)	238円	118円	118円

(初回加算)

初めて利用した月、2か月以上利用がなく、新たに訪問介護計画を作成した月にサービス提供責任者が訪問した場合などに加算されます。

(緊急時訪問介護加算)

利用者、家族からの要請により、ケアプランに計画が無い介護を緊急に行った場合に加算されます。

(生活機能向上連携加算)

理学療法士等と連携して、生活機能の向上を目的とした訪問介護を行ったときは、3ヶ月の間、加算されます。

※一定以上の所得者で、介護保険証の利用者負担割合が2割・3割と記載されている方は、上記の自己負担額のそれぞれ2倍・3倍の額となります。

令和6年4月1日～5月31日

《第1号訪問サービス利用者》

※要支援1・2の方、介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問事業（訪問介護従前相当）の利用者として認定された方

○第1号訪問サービス（訪問介護従前相当）

身体介護・生活援助と同様のサービス内容 (入浴介助・排せつ介助・食事介助・体位交換・通院介助・調理・洗濯・掃除・買い物等)			
訪問予定回数	週1回程度	週2回程度	週2回を超える程度の場合
所定単位数	1,176 単位	2,349 単位	3,727 単位
特別地域訪問介護加算(15%)	176 単位	352 単位	559 単位
介護職員処遇改善加算Ⅱ(10.0%)	135 単位	270 単位	429 単位
特定処遇改善加算Ⅰ(6.3%)	85 単位	170 単位	270 単位
介護職員ベースアップ加算(2.4%)	32 単位	65 単位	103 単位
利用料金(単位数×10円)	16,040 円	32,060 円	50,880 円
自己負担額(1割負担の場合)	1,604 円	3,206 円	5,088 円

※月額定額制です。

○その他の加算

	初回加算	生活機能向上連携加算	(初回加算) 初めて利用した月、2か月以上利用がなく、新たに介護予防訪問介護計画を作成した月にサービス提供責任者が訪問した場合などに加算されます。
加算単位数	月額200 単位	1回100 単位	
介護職員処遇改善加算Ⅱ(10.0%)	20 単位	10 単位	
特定処遇改善加算Ⅰ(6.3%)	13 単位	6 単位	
介護職員ベースアップ加算(2.4%)	5 単位	2 単位	(生活機能向上連携加算) 理学療法士等と連携して、生活機能の向上を目的とした訪問介護を行ったときは、3ヶ月の間、加算されます。
利用料金(単位数×10円)	2,380 円	1,180 円	
自己負担額(1割負担の場合)	238 円	118 円	

※一定以上の所得者で、介護保険証の利用者負担割合が2割・3割と記載されている方は、上記の自己負担額のそれぞれ2倍・3倍の額となります。

- 「サービスに要する時間」は、そのサービスを実施するための標準的な所要時間です。
- 上記サービスの利用料金は、実際にサービスに要した時間ではなく、訪問介護計画に基づき決定されたサービス内容を行うために標準的に必要となる時間に基づいて介護給付費体系により計算されます。
- 平常の時間帯（午前8時から午後6時）以外の時間帯でサービスを行う場合には、次の割合で利用料金に割増料金が加算されます。割増料金は、介護保険の支給限度額の範囲内であれば、介護保険給付の対象となります。
 - ・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%
- 2人の訪問介護員が共同でサービスを行う必要がある場合は、ご契約者の同意のうえで、通常の利用料金の2倍の料金をいただきます。
 - (例)・体重の重い方に対する入浴介助等の重介護サービスを行う場合
 - ・暴行行為などが見られる方へサービスを行う場合
- ご利用者がまだ要介護認定等を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、ケアプラン等が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

令和6年6月1日～

4. 利用料

《要介護1～5までの方》

○身体介護

利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助や専門的な援助を行います。

例) 起床介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭(せいしき)、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助など

標準的時間	20分～30分	30分～60分	60分～90分	90分以上 (30分増す毎に)
所定単位数(特定事業所加算Ⅱ含む)	268単位	426単位	624単位	90単位
特別地域訪問介護加算(15%)	40単位	64単位	94単位	14単位
介護職員等処遇改善加算Ⅰ(24.5%)	75単位	120単位	176単位	25単位
利用料金(単位数×10円)	3,830円	6,100円	8,940円	1,290円
自己負担額(1割負担の場合)	383円	610円	894円	129円

○生活援助

家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。

例) 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など

標準的時間	45分未満	45分以上
所定単位数(特定事業所加算Ⅱ含む)	197単位	242単位
特別地域訪問介護加算(15%)	30単位	36単位
介護職員等処遇改善加算Ⅰ(24.5%)	56単位	68単位
利用料金(単位数×10円)	2,830円	3,460円
自己負担額(1割負担の場合)	283円	346円

※特定事業所加算(Ⅱ)は訪問介護員の3割以上が介護福祉士等の資格を有し、研修体制、管理体制の整備された事業所が算定対象とされております。

○その他の加算

	初回加算	緊急時訪問 介護加算	生活機能向 上連携加算
加算単位数	月額200単位	1回100単位	1回100単位
介護職員等処遇改善 加算Ⅰ(24.5%)	49単位	25単位	25単位
利用料金 (単位数×10円)	2,490円	1,250円	1,250円
自己負担額 (1割負担の場合)	249円	125円	125円

(初回加算)

初めて利用した月、2か月以上利用がなく、新たに訪問介護計画を作成した月にサービス提供責任者が訪問した場合などに加算されます。

(緊急時訪問介護加算)

利用者、家族からの要請により、ケアプランに計画が無い介護を緊急に行った場合に加算されます。

(生活機能向上連携加算)

理学療法士等と連携して、生活機能の向上を目的とした訪問介護を行ったときは、3ヶ月の間、加算されます。

※一定以上の所得者で、介護保険証の利用者負担割合が2割・3割と記載されている方は、上記の自己負担額のそれぞれ2倍・3倍の額となります。

令和6年6月1日～

《第1号訪問サービス利用者》

※要支援1・2の方、介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問事業（訪問介護従前相当）の利用者として認定された方

○第1号訪問サービス（訪問介護従前相当）

身体介護・生活援助と同様のサービス内容 (入浴介助・排せつ介助・食事介助・体位交換・通院介助・調理・洗濯・掃除・買い物等)			
訪問予定回数	週1回程度	週2回程度	週2回を超える程度の場合
所定単位数	1,176 単位	2,349 単位	3,727 単位
特別地域訪問介護加算(15%)	176 単位	352 単位	559 単位
介護職員等処遇改善加算 I (24.5%)	331 単位	662 単位	1,050 単位
利用料金(単位数×10 円)	16,830 円	33,630 円	53,360 円
自己負担額 (1割負担の場合)	1,683 円	3,363 円	5,336 円

※月額定額制です。

○その他の加算

	初回加算	生活機能向上連携加算	(初回加算) 初めて利用した月、2か月以上利用がなく、新たに介護予防訪問介護計画を作成した月にサービス提供責任者が訪問した場合などに加算されます。
加算単位数	月額 200 単位	1 回 100 単位	
介護職員等処遇改善加算 I (24.5%)	49 単位	25 単位	
利用料金(単位数×10 円)	2,490 円	1,250 円	(生活機能向上連携加算) 理学療法士等と連携して、生活機能の向上を目的とした訪問介護を行ったときは、3ヶ月の間、加算されます。
自己負担額 (1割負担の場合)	249 円	125 円	

※一定以上の所得者で、介護保険証の利用者負担割合が2割・3割と記載されている方は、上記の自己負担額のそれぞれ2倍・3倍の額となります。

- 「サービスに要する時間」は、そのサービスを実施するための標準的な所要時間です。
- 上記サービスの利用料金は、実際にサービスに要した時間ではなく、訪問介護計画に基づき決定されたサービス内容を行うために標準的に必要となる時間に基づいて介護給付費体系により計算されます。
- 平常の時間帯（午前8時から午後6時）以外の時間帯でサービスを行う場合には、次の割合で利用料金に割増料金が加算されます。割増料金は、介護保険の支給限度額の範囲内であれば、介護保険給付の対象となります。
 - ・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%
- 2人の訪問介護員が共同でサービスを行う必要がある場合は、ご契約者の同意のうえで、通常の利用料金の2倍の料金をいただきます。
 - (例)・体重の重い方に対する入浴介助等の重介護サービスを行う場合
 - ・暴行行為などが見られる方へサービスを行う場合
- ご利用者がまだ要介護認定等を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、ケアプラン等が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 介護保険給付対象の訪問介護以外に提供するサービス

①介護保険給付の支給限度額を超える訪問介護サービス

提供するサービスの内容は「(1)介護保険の給付対象となるサービス」と同様のサービスとなり、所定の利用料金の全額をご負担いただきます。

②保険外サービス

- ・提供するサービスの内容は、次のとおりです。
 - (1) 同居家族がいる場合の共用部分の掃除
 - (2) 日常的に使用する以外の部屋の掃除
 - (3) 窓ふき、カーテンの洗濯、仏壇の掃除など、日常的な掃除
 - (4) 院内の付き添い
 - (5) その他日常生活上必要な援助
- ・ご利用料金は、30分未満 1,000円、30分以上 60分未満 2,000円、以後 30分を増すごとに 1,000円とします。

(3) 交通費

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、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただきます。なお、自動車を使用した場合は、センターから片道 1 キロメートル当たり (1 km 未満は切り捨て) に 25 円を乗じて得た金額を徴収します。

(4) 利用料金のお支払い方法

前記 (1)、(2) の料金・費用は、1 か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 下記指定口座への振り込み

北海道銀行 早来支店
口座番号 (普通) 0000931
口座名義 フクアビラチョウシヤカイフクシヨウキカイ 福) 安平町社会福祉協議会

イ. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関	: 北海道銀行・郵便局・JA とまこまい広域
------------	------------------------

ウ. 事業所窓口での支払い

(5) 利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご利用者の都合により、訪問介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加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。

○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。但しご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

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回につき 1,500円

※訪問型サービスの場合は、月の定額制のため、キャンセル料は不要としますが、お休みが分かった場合はお早めにご連絡ください。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問介護員の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

5. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

(2) 訪問介護員の交替

① ご契約者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。ただし、ご契約者から特定の訪問介護員の指名はできません。

② 事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。

訪問介護員を交替する場合は契約者（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に十分配慮するものとします。

(3) サービス実施時の留意事項

① 定められた業務以外の禁止

契約者は「4. 当事業所が提供するサービス」で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

② 訪問介護サービスの実施に関する指示・命令

訪問介護サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、事業者は訪問介護サービスの実施にあたって契約者（利用者）の事情・意向等に十分配慮するものとします。

③ 備品等の使用

訪問介護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）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

(4) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、ご利用者に対する訪問介護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 医療行為又は医療補助行為

② ご利用者もしくはその家族等からの金銭又は高価な物品等の授受

③ ご利用者の家族等に対する訪問介護サービスの提供

④ 飲酒及びご利用者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙

⑤ ご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

⑥ その他ご利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為

6. 苦情の受付について

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口

安平町社会福祉協議会（いずれの相談窓口にご相談いただいても結構です）

本所 受付担当 主任訪問介護員

安平町早来大町41番地 かしわ館

(TEL) 0145-22-3061 (FAX) 0145-26-2915

追分支所 受付担当 主任訪問介護員

安平町追分本町5丁目41番地

(TEL) 0145-25-2263 (FAX) 0145-25-4133

○受付時間

毎週 月曜日～金曜日

8:30～17:15

(2) 苦情解決の第三者委員

公平な立場で事業者との苦情解決にあたるため第三者委員が配置されています。当事業所の苦情解決第三者委員は次の通りです。

佐々木学嗣（評議員選任解任委員会外部委員）	電話(0145) 25-2209
添谷信隆（評議員選任解任委員会外部委員）	電話(0145) 22-4166

(3) 行政機関その他苦情受付機関

安平町役場 健康福祉課	住 所：勇払郡安平町追分早来大町95 電 話 番 号：0145-29-7072
北海道国民健康保険団体連合会 総務部介護保険課企画・苦情係	住 所：札幌市中央区南2条西14丁目 電 話 番 号：011-231-5161（代表） 内線6111
北海道福祉サービス運営適正 化委員会事務局 （北海道社会福祉協議会内）	住 所：札幌市中央区北2条西7丁目 電 話 番 号：011-204-6310

7. 緊急時の対応方法

(1) 容体の変化等があった場合

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、ご家族、介護支援専門員へ連絡をいたします。

(2) 緊急に介護が必要になった場合

緊急に介護が必要になった場合、ご利用者様またはご家族からの要請により、訪問介護員が訪問し、『緊急時訪問介護サービス』を提供致します。

《緊急時訪問介護のご利用について》

○ご利用内容

- ・ご利用頂けるサービス内容は「身体介護」に限られます。
- ・担当ケアマネージャーと連絡を取り、緊急の対応が必要と判断された場合にご利用頂けます。

(具体的な利用例)

- ・介護者の方が腰を痛み、急に介護ができなくなった場合。
- ・葬儀など介護者に急な用事が入り、介護ができなくなった場合など。

※緊急時対応では、調理、買い物、掃除等の生活（家事）援助はご利用いただけません。
また、病院への緊急搬送が必要な場合は直接119番へ通報してください。

○ご利用料金（利用者負担額）

ご利用になる身体介護の利用料金に100円が加算されます。

○緊急時の連絡先

受付時間 午前8時30分～午後7時
電話090-8633-9855（緊急時連絡専用）

○対応可能時間 午前8時30分～午後5時15分

※人員の都合により、ご希望の時間に訪問できない場合もありますが、できる限りご希望に合わせて対応させていただきます。

8. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者がお住まいの市町村、ご家族、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、ご利用者に対して当事業所の介護サービス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、当事業所は日本興亜損害保険株式会社と損害賠償保険契約を結んでおります。

9. 守秘義務について

本契約を通じて知りえたご利用者、ご家族等に関する情報は、正当な理由なく第三者へ漏えいしません。ただし、医療上緊急の必要がある場合、他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合は、必要最小限の範囲内でご利用者、ご家族等の個人情報を用いる場合があります。

令和 年 月 日

指定訪問介護サービス又は第 1 号訪問サービス（旧介護予防訪問介護相当）の提供の開始に際し、
本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

社会福祉法人 安平町社会福祉協議会

説明者職氏名 _____ 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、指定訪問介護サービス又は第 1 号訪問サービス（旧介護予防訪問介護相当）の提供開始に同意します。

契約者氏名 _____ 印

立会人氏名 _____ 印

