

# 「居宅介護サービス」重要事項説明書

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方に対して、社会福祉法第 76 条に基づき、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

## 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 | 平成 1 8 年 3 月 2 7 日         |

## 2. 事業所の概要

- |                   |  |
|-------------------|--|
| (1) 事業所の種類        | 指定障害福祉サービス事業所（居宅介護）<br>令和 3 年 4 月 1 日北海道指定(事業者番号 0113602445)   |
| (2) 事業の目的         | 指定居宅介護は、障害者自立支援法に従い、ご利用者が居宅において、自立した日常生活又は社会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        | 安平町社協追分ホームヘルパーセンター   |
| (4) 所在地・電話番号      | 勇払郡安平町追分本町 5 丁目 41 番地 電話 0145-29-7150  |
| (6) 管理者氏名         | 関由美  |
| (7) 当事業所の運営方針     | 心身の状態に合わせ、安心して生活できる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居宅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。 |
| (8) 事業所が行っている他の業務 | 指定訪問介護・総合事業第 1 号訪問サービス   |
| (9) 通常の事業の実施地域    | 安平町  |
| (10) 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 3 0 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 3 0 分～午後 5 時 15 分

### 3. 職員体制

当事業所では、利用者に対して指定居宅介護を提供する職員として、下記の職種の職員を配置しています。

(令和5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)	センターの従業員の管理及び業務の管理を行う。
2. サービス提供責任者 (居宅介護従事者のうち)	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. 居宅介護従事者	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) 「居宅介護計画」とサービス内容（契約書第3条・第4条参照）

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内容〉

##### 居宅介護

#### ①身体介護（ご家庭に訪問し、入浴や排泄、食事などの介助をします。）

- 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。
- 排せつ介助…排せつの介助、おむつ交換を行います。
- 食事介助…食事の介助を行います。
- 衣服の着脱の介助…衣服の着脱の介助を行います。
- 通院介助…通院の介助を行います。
- その他必要な身体介護を行いません。  
※ 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。）

- 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…利用者の日常生活に必要な物品の買い物をします。
- 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（契約書第5条参照）

それぞれのサービスについて、平常の時間帯（午前8時から午後6時まで）の料金は次のとおりです。（単位：円）

### 《 居 宅 介 護 》

#### ○身体介護

標準的時間	30分未満	30分～60分	60分～90分	90分～120分	120分～150分	150分～180分	180分～210分	210分以上 (30分増す毎に)
所定単位数	256単位	404単位	587単位	669単位	754単位	837単位	921単位	83単位
特別地域訪問介護加算 (15%)	38単位	61単位	88単位	100単位	113単位	126単位	138単位	12単位
利用料金(単位数×10円)	2,940円	4,650円	6,750円	7,690円	8,670円	9,630円	10,590円	950円
<b>自己負担額</b>	<b>294円</b>	<b>465円</b>	<b>675円</b>	<b>769円</b>	<b>867円</b>	<b>963円</b>	<b>1,059円</b>	<b>95円</b>

#### ○家事援助

標準的時間	30分未満	30分～45分	45分～60分	60分～75分	75分～90分	90分～105分	105分～120分	120分以上 (15分増す毎に)
所定単位数	106単位	153単位	197単位	239単位	275単位	311単位	346単位	35単位
特別地域訪問介護加算 (15%)	16単位	23単位	30単位	36単位	41単位	47単位	52単位	5単位
利用料金(単位数×10円)	1,220円	1,760円	2,270円	2,750円	3,160円	3,580円	3,980円	400円
<b>自己負担額</b>	<b>122円</b>	<b>176円</b>	<b>227円</b>	<b>275円</b>	<b>316円</b>	<b>358円</b>	<b>398円</b>	<b>40円</b>

#### ○その他の加算

	初回加算	緊急時対応加算
加算単位数	月額 200単位	1回 100単位
利用料金 (単位数×10円)	2,000円	1,000円
<b>自己負担額</b>	<b>200円</b>	<b>100円</b>

#### (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。

#### (緊急時対応加算)

利用者、家族からの要請により、居宅介護計画に計画の無い介護を緊急に行った場合に加算されます。

☆ 身体介護、家事援助にはそれぞれ通院介助を含みます。通院介助は身体介護を含むか含まないかによって分けられます。

### <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。

### <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の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。

### <償還払い>

- 事業者が介護給付費額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。）

### <利用者負担の減免について>

#### 〔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	1ヶ月あたりの負担上減額
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(所得割16万円未満)	9,300円
一般2	上記以外	37,200円

### (3) サービス利用にかかる実費負担額（契約書第5条参照）

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。

- ①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、ホームヘルパーが訪問するための交通費をいただきます。（サービス利用料とともに1ヶ月ごとにお支払いいただきます。）
- ②通院介助においてホームヘルパーに公共交通機関の交通費などが必要な場合、その実費をいただきます。（サービスご利用時にその都度ご負担いただきます。）

#### (4) 利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法（契約書第5条参照）

前記 (2)、及び (3) の①の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日まで以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か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。)

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 フカアビラチョウシヤカイフクシヨウギカイ 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（契約書第6条参照）

- ① 利用予定日の前に、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。この場合にはサービスの実施日の前日5時までには事業者に出し出してください。
- 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回につき1,500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ことがあります。その場合は、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。

## 5. 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

- ☆ 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を提供します。
- ☆ 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、苦情受付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

- ☆ 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。
- ☆ 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。（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で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（契約書第3条参照）

「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きます場合には、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。

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>①医療行為</li><li>②利用者もしくはご家族等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり</li><li>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</li><li>④ご契約者の家族等に対するサービスの提供</li><li>⑤飲酒・喫煙及び飲食（移動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。）</li><li>⑥身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）</li><li>⑦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</li></ul> |
|---|

## 6. 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

本事業所では、サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、利用者にごその内容のご確認をいただきます。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（契約書第8条参照）

本事業所では、関係法令に基づいて、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。）

### (3) 関係機関への情報開示

本事業者は、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。また、利用者に係る他の介護事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、必要最小限の範囲で利用者の個人情報に関係事業者へ開示します。

## 7. 事故発生時の対応（契約書第9条参照）

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、関係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。

## 8. 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、『緊急時対応サービス』を提供致します。

### 《緊急時対応のご利用について》

#### ○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。
- ・サービス提供責任者によ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。

#### ○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。

## 9. 苦情等の受付について(契約書第14条参照)

### (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

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、利用者の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。

#### ○苦情受付窓口

安平町社会福祉協議会

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) 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：勇払郡安平町早来大町 95 電 話 番 号：0145-29-7072
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

居宅介護サービス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。

説明者職名 \_\_\_\_\_ 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す。

令和 年 月 日

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印)

(立会人氏名 \_\_\_\_\_ 印)