

「介護予防・日常生活支援総合事業」重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(北海道知事指定 第 0177100187 号)

当事業所はご契約者に対して介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービスを提供します。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次のとおり説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定、またはチェックリスト判定の結果、「要支援」、または「事業対象者」と認定された方が対象となります。要介護認定、またはチェックリスト判定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

| | |
|----------------------------|---|
| 1. 事業者 | 1 |
| 2. 事業所の概要..... | 1 |
| 3. 事業実施地域及び営業時間..... | 2 |
| 4. 職員の体制 | 2 |
| 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金..... | 2 |
| 6. サービスの利用に関する留意事項..... | 6 |
| 7. 苦情の受付について..... | 8 |

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 新十津川町社会福祉協議会
- (2) 法人所在地 北海道樺戸郡新十津川町字中央 306 番地 3
総合健康福祉センターゆめりあ内
- (3) 電話番号 0 1 2 5 - 7 6 - 2 6 0 0
- (4) 代表者氏名 会長(理事) 小 林 透
- (5) 設立年月 昭和 51 年 9 月 3 日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス事業所
- (2) 事業の目的 介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービスの実施
- (3) 事業所の名称 社会福祉法人 新十津川町社会福祉協議会 訪問介護事業所
- (4) 事業所の所在地 北海道樺戸郡新十津川町字中央 306 番地 3
- (5) 電話番号 0 1 2 5 - 7 4 - 6 6 6 1
- (6) 事業所長氏名 管理者 平 石 一 弘
- (7) 当事業所の運営方針 利用者の立場に立ったサービスを提供します。
- (8) 開設年月 平成 18 年 4 月 1 日

(9) 事業所が行っている他の業務

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

| | | | |
|--------------------------|------------|-------------|--------------|
| [訪問介護事業] | 平成12年2月29日 | 北海道知事指定 | 第0177100187号 |
| [訪問入浴介護事業] | 平成12年3月7日 | 北海道知事指定 | 第0177100187号 |
| [居宅介護支援事業] | 平成16年3月10日 | 北海道知事指定 | 第0177100187号 |
| [介護予防訪問入浴介護事業] | 平成18年4月1日 | 北海道知事指定 | 第0177100187号 |
| [障害者福祉サービス事業] | 平成18年10月1日 | 北海道知事指定 | 第0117100024号 |
| ※障害者福祉サービス事業：居宅介護・重度訪問介護 | | | |
| [介護予防支援事業] | 令和5年3月3日 | 空知中部広域連合長指定 | 第0107100083号 |

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 新十津川町

(2) 営業日及び営業時間

| | |
|-----------|------------------|
| 営業日 | 年中無休 |
| 受付時間 | 月～金 8時45分～17時30分 |
| サービス提供時間帯 | 24時間体制 |

4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス及び指定訪問介護及びを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

| 職種 | 常勤 | 非常勤 | 常勤換算 | 指定基準 | 職務の内容 |
|---------------------------------|----|-----|------|------|---------|
| 1. 事業所長 (管理者) | 1 | | | 1.0名 | 従業員の管理 |
| 2. サービス提供責任者 | 1 | | | 1.0名 | 介護計画の作成 |
| 3. 訪問介護員 | 2 | 2 | 3.0名 | 2.5名 | 訪問介護の提供 |
| (1) 介護福祉士 | 2 | 1 | | | |
| (2) 訪問介護養成研修1級 (ヘルパー1級)課程修了者 | | | | | |
| (3) 訪問介護養成研修2級 (ヘルパー2級)課程修了者 | | 1 | | | |
| (4) 訪問介護養成研修3級 (ヘルパー3級)課程修了者 | | | | | |

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の訪問介護員が5名いる場合、
常勤換算では、1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者のご家庭に訪問し、サービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）＊

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割または8割、7割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要と利用料金〉

- 身体介護
入浴・排せつ・食事等の介護を行います。
- 生活援助
調理・洗濯・掃除・買い物等日常生活上の援助を行います。

☆サービスの実施頻度は、介護予防サービス・支援計画（ケアプラン）において、以下の支給区分が位置づけられ、1週間あたりのサービス提供頻度が示されます。これを踏まえ、介護予防・日常生活支援総合事業訪問介護計画において具体的な実施日、1回あたりの時間数や実施内容等を定めます。

| 支給区分 | 内 容 | 備 考 |
|------------|-----------------|----------------------|
| 訪問型サービス（Ⅰ） | 週1回程度の利用 | 現行型 |
| 訪問型サービス（Ⅱ） | 週2回程度の利用 | 現行型 |
| 訪問型サービス（Ⅲ） | 上記（Ⅱ）を超える利用 | 現行型 |
| 短時間型サービス | 週1回30分程度の利用 | |
| 短期集中型サービス | 1回30分の利用が月12回以内 | 退院時等の一時的な場合や緊急性のある場合 |

☆ご契約者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は、介護予防サービス・支援計画（ケアプラン）がある場合には、それを踏まえた介護予防・日常生活支援総合事業訪問介護計画に定められます。ただし、契約者の状態の変化、介護予防サービス・支援計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

☆ご契約者の状態の変化等により、サービス提供量が、介護予防・日常生活支援総合事業訪問介護計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者と調整の上、支給区分の変更、介護予防サービス・支援計画の変更又は要支援認定の変更、要介護認定の申請の援助等必要な支援を行います。

① 身体介護

- 入浴介助…入浴の介助又は、入浴が困難な方は体を拭く（清拭）などします。
- 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。
- 体位変換…体位の変換を行います。
- 通院介助…通院の介助を行います。

② 生活援助

介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービスは、自立支援の観点から、利用者ができる限り自ら家事等を行うことができるように支援することを目的としています。

そのため、下記のサービスは、例えばご契約者が行う調理を訪問介護員が見守りながら一緒に行うなど、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によって行います。

○調理…ご契約者の食事の用意を行います。(ご家族分の調理は行いません。)

○洗濯…ご契約者の衣類等の洗濯を行います。(ご家族分の洗濯は行いません。)

○掃除…ご契約者の居室の掃除を行います。(ご契約者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除は行いません。)

○買い物…ご契約者の日常生活に必要な物品の買い物をを行います。(預金・貯金の引き出しや預け入れは行いません。)

※ 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。

〈サービス利用料金〉(契約書第8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)での料金は次のとおりです。

利用者負担額は、原則として基本利用料の1割、2割、3割の額です。負担割合は介護保険負担割合証でご確認ください。

【訪問型サービス】

| サービス区分 | サービスの内容 | 基本利用料 (1月) | 利用者負担額 | | |
|------------|-------------|---------------|--------|--------|---------|
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 訪問型サービス(Ⅰ) | 週1回程度の利用 | 11,760円 | 1,176円 | 2,352円 | 3,528円 |
| 訪問型サービス(Ⅱ) | 週2回程度の利用 | 23,490円 | 2,349円 | 4,698円 | 7,047円 |
| 訪問型サービス(Ⅲ) | 上記(Ⅱ)を超える利用 | 37,270円 | 3,727円 | 7,454円 | 11,181円 |

☆月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始したり月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

- 一 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
- 二 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
- 三 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

☆月途中で要支援度が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

【短時間型サービス、短期集中型サービス】

| サービス区分 | サービスの内容 | 基本利用料 (1回) | 利用者負担額 |
|-----------|-----------------|---------------|--------|
| 短時間型サービス | 週1回30分程度の利用 | 2,000円 | 200円 |
| 短期集中型サービス | 1回30分の利用が月12回以内 | 2,000円 | 300円 |

〈加算利用料金等〉

【訪問型サービスのみ適用】

☆当事業所は、厚生労働大臣が定める介護保険の特別地域加算に該当する過疎地域等に事業所を設置しています。このことによって、他の加算を受けない地域と比較して、基本利用料並びに利用者負担額ともに **15%** を乗じた額を加算した金額をお支払いいただきます。(特別地域加算)

☆新規に訪問介護計画を作成したご利用者様に対し、初回の訪問時にサービス提供責任者がサービスを行った場合、初回訪問加算として **200 円 (または 400 円)** を加算した利用者負担額をいただきます。(初回加算)

☆厚生労働省の定める介護職員に対する処遇を改善するための加算として、サービス提供に要した介護報酬の総単位数に **18.2%** を乗じた額を加算した利用者負担額をいただきます。(介護職員等処遇改善算Ⅲ)

☆ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、基本利用料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、利用者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、介護予防サービス・支援計画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、ご契約者の利用者負担額を変更します。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス (契約書第 5 条、第 8 条参照) *

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

〈サービスの概要と利用料金〉

① 介護保険給付の支給限度額を超える介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、基本利用料の全額がご契約者の負担となります。

【訪問型サービス】

| サービス区分 | サービスの内容 | 基本利用料 |
|-------------|-------------------|------------|
| 訪問型サービス (Ⅰ) | 週 1 回 60 分以内程度の利用 | 11,760 円/月 |
| 訪問型サービス (Ⅱ) | 週 2 回 60 分以内程度の利用 | 23,490 円/月 |
| 訪問型サービス (Ⅲ) | 上記 (Ⅱ) を超える利用 | 37,270 円/月 |

【短時間型サービス、短期集中型サービス】

| サービス区分 | サービスの内容 | 基本利用料 |
|-----------|----------------------|-----------|
| 短時間型サービス | 週 1 回 30 分程度の利用 | 2,000 円/回 |
| 短期集中型サービス | 1 回 30 分の利用が月 12 回以内 | 2,000 円/回 |

〈加算利用料金等〉

【訪問型サービスのみ適用】

☆上記の金額に 15% を乗じた額を加算した金額をお支払いいただきます。(特別地域加算)

☆上記の金額に 18.2%、を乗じた額を加算した金額をお支払いいただきます。(介護職員等処遇改善加算Ⅲ)

☆新規に訪問介護計画を作成したご利用者様に対し、初回の訪問時にサービス提供責任者がサービスを行った場合、初回訪問加算として 2,000 円を加算した利用者負担額をいただきます。(初回加算)

(3) 交通費 (契約書第 8 条参照)

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。

(4) 利用料金のお支払い方法 (契約書第 8 条参照)

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、翌月末日までに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、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

- | |
|-------------------------------|
| ア. 窓口での現金支払 |
| イ. 下記指定口座への振り込み |
| 金融機関 ピンネ農業協同組合 本所 |
| 口座名義 社協介護保険会計 |
| 口座番号 普通預金 1 2 3 3 2 0 2 |
| ウ. 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 ピンネ農業協同組合 本所 |
| エ. 担当ヘルパーへの現金支払 |

(5) 利用の中止、変更、追加 (契約書第 9 条参照)

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、介護予防・日常生活支援総合事業訪問型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申し出て下さい。

○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。

6. 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 (契約書第 6 条参照)

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

①の時間帯については、担当者が不在の場合でも他の訪問介護員等が対応し、担当者に連絡を取ります。また、緊急の場合では、他の訪問介護員等が必要な対応を行います。

②の時間帯については、担当者が対応します。

8. 苦情の受付について（契約書第 23 条参照）

（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（担当者）

〔職名〕 新十津川町社会福祉協議会 事務局長

〔氏名〕 平 石 一 弘

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

8：45～17：30

（2）行政機関その他苦情受付機関

| 機関名 | 所在地及び連絡先等 | |
|-------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 新十津川町役場 子ども高齢者グループ (介護保険担当係) | 所在地 電話番号・FAX 受付時間 | 新十津川町字中央 301 番地 1 0125-72-2035・0125-76-2785 月曜日～金曜日 8：45～17：30 |
| 空知中部広域連合 (オンブズパーソン事務局) | 所在地 電話番号・FAX 受付時間 | 奈井江町字奈井江 10 番地 28 0125-66-2152・0125-66-2138 月曜日～金曜日 8：30～17：00 |
| 北海道国民健康保険団体 連合会 (総務部介護保険課苦情係) | 所在地 電話番号・FAX 受付時間 | 札幌市中央区南 2 条西 14 丁目 国保会館 6 階 011-231-5161・011-233-2178 月曜日～金曜日 9：00～17：00 |
| 北海道社会福祉協議会 (運営適正化委員会) | 所在地 電話番号・FAX 受付時間 | 札幌市中央区北 2 条西 7 丁目 道立社会福祉総合センター 011-204-6310・011-204-6311 月曜日～金曜日 9：00～17：30 |

令和 年 月 日

介護予防・日常生活支援総合事業訪問型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。

社会福祉法人 新十津川町社会福祉協議会 訪問介護事業所

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、介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 新十津川町字中央 89 番地 66

利用者氏名 印

※利用者が自署できない場合、署名代行した方の住所・氏名及び代行の理由を以下に記入する。

署名代行者住所

署名代行者氏名 印

署名代行の理由

※この重要事項説明書は、厚生省令第35号（平成18年3月14日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。