

「指定訪問介護」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指定訪問介護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の結果「要支援」と認定された方が対象となります。要介護認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	7
7. 緊急時の対応	9
8. 苦情の受付	9
9. 第三者評価の実施状況	10

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
- (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 指定訪問介護事業所
(平成 12 年 4 月 1 日 北海道知事指定 第 0177100187 号)
- (2) 事業の目的 訪問介護事業の実施
- (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12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。

[介護予防・日常生活総合事業]	平成30年4月1日	空知中部広域連合長指定	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、ご契約者に対して指定訪問介護サービス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、8割または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。 |
|--|

☆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、居宅サービス個別援助計画表に基づき実施します。

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

- 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となる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割または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。

【居宅サービス（要介護1～5に認定されているご契約者）】

サービス区分	サービスの内容 (サービスに要する時間)	基本利用料	利用者負担額		
			1割	2割	3割
身体介護	20分未満	1,630円	163円	326円	489円
	20分以上30分未満	2,440円	244円	488円	732円
	30分以上1時間未満	3,870円	387円	774円	1,161円
	1時間以上1時間半未満	5,670円	567円	1,134円	1,701円
	1時間半以上(30分増す毎に)	820円	82円	164円	246円

サービス区分	サービスの内容 (サービスに要する時間)	基本利用料	利用者負担額		
			1割	2割	3割
生活援助	20分以上45分未満	1,790円	179円	358円	537円
	45分以上	2,200円	220円	440円	660円
	身体介護に引き続き生活援助を行った場合(25分を増す毎に)	650円	65円	130円	195円

☆「サービスに要する時間」は、そのサービスを実施するために国で定められた標準的な所要時間です。

☆上記サービスの利用者負担額は、実際にサービスに要した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。

☆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)

☆当事業所は、有資格者の配置やサービス提供に係る研修及び会議を定期的開催するなど、特定事業所加算Ⅱを算定できる体制を整えており、所定の金額に**10%**を乗じた額を加算した金額をお支払いいただきます。(特定事業所加算Ⅱ) ※居宅サービスのみ適用(介護予防サービスには適用されません)

☆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訪問介護を行った場合、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)

☆ご利用者様やそのご家族様からの要請を受けて、サービス提供責任者が介護支援専門員と連携を図り、介護支援専門員が必要と認めたときに居宅サービス計画(ケアプラン)にない訪問介護(身体介護)を行った場合、1回につき**100円(または200円)**を加算した利用者負担額をいただきます。

(緊急時訪問介護加算)

☆訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所、またはリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等からの助言を受けたうえで、訪問介護計画を作成しサービス提供を行った場合に初回のサービス提供から3か月の間、1月につき**100円(または200円)**を加算した利用者負担額をいただきます。(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、通所リハビリテーション事業所、またはリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が訪問し、共同で訪問介護計画を作成しサービス提供を行った場合に初回のサービス提供から3か月の間、1月につき**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。(生活機能向上連携加算Ⅱ)

☆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加算Ⅲ)

☆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、次の割合で利用者負担額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%
- ・深夜(午後10時から午前6時まで): 50%
- ・早朝(午前6時から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、ご契約者の同意の上で、通常の利用者負担額の2倍の料金をいただきます。

＊2人の訪問介護員でサービスを行う場合(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
- ・暴力行為などが見られる方へサービスを行う場合

☆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。要支援又は要介護の認定を受けた後、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、居宅サービス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訪問介護サービス

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。

【居宅サービス（要介護1～5に認定されているご契約者）】

サービス区分	サービスの内容	基本利用料
身体介護	20分未満	1,630円
	20分以上30分未満	2,440円
	30分以上1時間未満	3,870円
	1時間以上1時間半未満	5,670円
	1時間半以上（30分増す毎に）	820円

サービス区分	サービスの内容	基本利用料
生活援助	20分以上45分未満	1,790円
	45分以上	2,200円
	身体介護に引き続き生活援助を行った場合 （25分を増す毎に）	650円

☆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）

☆ご利用者様やそのご家族様からの要請を受けて、サービス提供責任者が介護支援専門員と連携を図り、介護支援専門員が必要と認めたときに居宅サービス計画（ケアプラン）にない訪問介護（身体介護）を行った場合、1回につき1,000円（または2,000円）を加算した利用料をいただきます。

（緊急時訪問介護加算）

☆訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所、またはリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等からの助言を受けたうえで、訪問介護計画を作成しサービス提供を行った場合に初回のサービス提供から3か月の間、1月につき1,000円（または2,000円）を加算した利用者負担額をいただきます。（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、通所リハビリテーション事業所、またはリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が訪問し、共同で訪問介護計画を作成しサービス提供を行った場合に初回のサービス提供から3か月の間、1月につき2,000円（または1,000円）を加算した利用者負担額をいただきます。（生活機能向上連携加算Ⅱ）

☆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）

☆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。

- ・夜間（午後6時から午後10時まで）：25%
- ・深夜（午後10時から午前6時まで）：50%
- ・早朝（午前6時から8時まで）：25%

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

（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、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、取消料をお支払いいただく場合があります。ただし、ご契約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。
- 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に配慮するものとします。

(3) サービス実施時の留意事項（契約書第7条参照）

①定められた業務以外の禁止

契約者は「5. 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。ただし、事業者は訪問介護サービスの実施にあたって契約者の事情・意向等に十分に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) サービス内容の変更（契約書第10条参照）

サービス利用当日に、ご契約者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。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。

(5) 訪問介護員の禁止行為（契約書第14条参照）

訪問介護員は、ご契約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
- ②ご契約者もしくはその家族等からの高価な物品等の授受
- ③ご契約者の家族等に対する訪問介護サービスの提供
- ④飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙
- ⑤ご契約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その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

(6) 緊急時及び事故発生時の対応

訪問時において、利用者の体調等が急変した際、主治医又は、医療機関に適切に連絡を取り、必要な対応を行います。また、事故等により、財産の破損等の際は速やかにご契約者及び利用者へ連絡いたします。

7. 緊急時の対応

(1) 24時間連絡可能な体制を整えています。

①月～金 8時45分～17時30分 0125-74-6661

土・日・祝日 9時00分～17時00分 0125-74-6661

②上記以外の日時 担当の訪問介護員の連絡先

○サービス提供責任者 _____ が担当します。(連絡先: _____)

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 (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

9. 第三者評価の実施状況

実施している	<input type="checkbox"/> 実施していない (令和5年度)
【実施日： 年 月 日】	【評価機関名： 】
【結果の開示状況：	】

令和 年 月 日

指定訪問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。

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、指定訪問介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

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37号（平成11年3月31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。