

「指定居宅介護」

重要事項説明書

(令和5年4月1日～)

※ 本事業所では、利用者に対して障害者総合支援法に基づく居宅介護を提供します。当サービスの利用は、原則として総合支援給付費の支給決定を受けた方が対象となります。

(事業者名) 社会福祉法人白老町社会福祉協議会
(事業所名) 白老町社協ホームヘルパーステーション
当事業所は北海道知事の指定を受けています。
(北海道指定 第0113600530号)

1. 事業者・事業所

事業者名称	社会福祉法人 白老町社会福祉協議会
事業所名称	白老町社協ホームヘルパーステーション
所在地	白老町東町4丁目6番7号
電話番号	0144-82-6306
事業者 代表者氏名	会 長 山 崎 宏 一
設立年月	昭和27年10月1日

2. 事業者・事業所の概要

事業所の種類	指定居宅介護事業所 ・平成18年10月1日指定北海道 第0113600530号 サービスの種類 居宅介護 対象者区分 身体障害者・精神障害者・知的障害者
事業の目的	利用者が居宅において日常生活を営むことができるよう、事業者が利用者に対して必要な障害者総合支援法に基づく居宅介護サービスを提供致します。
事業者の名称	社会福祉法人白老町社会福祉協議会
事業所の名称	白老町社協ホームヘルパーステーション
事業所の所在地	白老町東町4丁目6番7号
電話番号	0144-82-6306
管理者氏名	(職名) 所 長 牧 奈 美 (兼任)
事業所の運営方針について	(ア) ステーションの訪問介護員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行います。 (イ) ステーションの実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス機関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。
開設年月	平成18年4月1日
事業者が行なっている他の業務	介護保険サービス 通所介護 平成8年1月29日 訪問介護 昭和45年4月1日 居宅介護支援事業 平成12年4月1日 その他のサービス 配食サービス等

3. 事業実施地域

白老町全域

4. 営業時間

営業日	月曜日～金曜日
受付時間	月～金 8時30分～17時15分
サービス提供時間帯	8時30分～17時15分

5. 職員の体制

〈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
1. 事業所長（管理者）	1名			1名
2. サービス提供責任者	2名	2名	4.0名	1.5名
3. 居宅介護従事者（ホームヘルパー）	2名	4名	4.2名	2.5名
(1) 介護福祉士	2名	3名		
(2) 介護福祉士実務者研修修了者	0名			
(3) 訪問介護養成研修1級（ヘルパー1級）課程・介護職員基礎研修修了者	0名			
(4) 訪問介護養成研修2級（ヘルパー2級）課程・介護職員初任者研修修了者	0名	1名		

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、上記の職種の職員を配置しています。

※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施設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時間勤務の職員が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。

6. 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、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となる物品の買い物をを行います。
- 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）

上記サービスの利用に対しては、食費を除き、通常9割が総合支援給付費の給付対象となります。事業者が総合支援給付費を代理受領する場合には、利用者は、利用者負担分としてサービス料金の1割を事業者にお支払いいただきます。（定率負担）5頁に記載する個別減免が適用される場合には、減免後の金額となります。

<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>

- 総合支援給付費対象のサービス（ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ）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。
- 当事業所において利用者負担の上限管理を担当し、具体的に上限を超える際の調整を行った場合には、別途上限管理にかかる費用（月額150円）をお支払いいただきます。

<償還払い>

- 事業者が総合支援給付費額の代理受領を行わない場合は、総合支援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総合支援給付費が支給されます。）

<初回加算>

- 新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合に、加算をいただきます。

<特別地域加算>

- 当会は厚生労働大臣が定める特別地域に所在しているため特別地域加算が加算されます。（基本料金に15%の加算）

<特定事業所加算>

- 当会は研修会を計画的に実施するなど国の定める要件を満たしているため特定事業所加算（Ⅱ）が加算されます（基本料金に10%の加算）。

<処遇改善加算>

- 当会では国が定める職員の待遇改善に関する基準を満たしていますので、福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）が加算されます（基本料金に27.4%の加算）。

<特定処遇改善加算>

- 当会では国が定める職員の待遇改善に関する基準を満たしていますので、福祉・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）が加算されます（基本料金に7.4%の加算）。

<福祉・介護職等ベースアップ等支援加算>

- 当会では介護職員に対し国が定める更なる待遇改善に関する基準を満たしていますので、福祉・介護職員等のベースアップ等支援加算が加算されます（基本料金に4.5%の加算）

（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、総合支援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。（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。）

- 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1km当り40円をいただきます。
- ②通院等乗降を利用する場合は、送迎に係る費用1km当たり120円をいただきます。

③通院等乗降を利用する場合で、病院で待ち時間が発生する場合、30分当り600円をいただきます。

<サービス利用料金>

サービス利用料金から総合支援給付費の給付額を除いた金額（利用者負担）をお支払いいただきます（個別減免等の負担軽減措置については下記をご参照ください）。金額については、居宅介護計画書に記載の金額となります。

<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1	市町村民税非課税世帯で、サービスを利用するご本人の収入が80万円以下の方	0円
低所得2	市町村民税非課税世帯	0円
一般	市町村民税課税世帯	37,200円

*また、指定居宅介護を利用する場合、経過措置として、資産が一定以下であれば、月額負担上限額の軽減の対象となります。

利用者負担上限月額（平成20年7月～）

区 分	低所得1	低所得2	一 般	
			市 町 村 民 税 所得割 16 万未満	市 町 村 民 税 所得割 16 万以上
軽減措置後 負担上限月額	0円	0円	9,300円	37,200円

(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25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
 室蘭信用金庫白老支店 普通預金 344-7520
 白老町社協介護保険事業

イ. 金融機関口座からの自動引き落とし

(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17時までに事業者へ申し出てください。
- 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	利用者負担相当額

- 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。

(6) 実費負担額（交通費等）の変更

実費負担額(交通費等)を変更する場合は、原則としてその2か月前までにご説明します。

7. 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

- ☆ 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。訪問するホームヘルパーが交替する場合は、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十分に配慮します。
- ☆ 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、お客様相談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」にもとづいて行います。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く場合には、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">① 医療行為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④ ご利用者の家族等に対するサービスの提供⑤ 飲酒・喫煙及び飲食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）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 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

8. 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（及び白老町社会福祉協議会個人情報保護規程）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。）

9. 損害賠償保険への加入（契約書第9条参照）

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	全国社会福祉協議会
保険名	社協の保険
補償の概要	対人・対物2億円補償

10. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。
虐待防止に関する責任者 牧 諭志
- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ⑤ 虐待防止委員会を設置しています。

11. 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（お客様相談係）

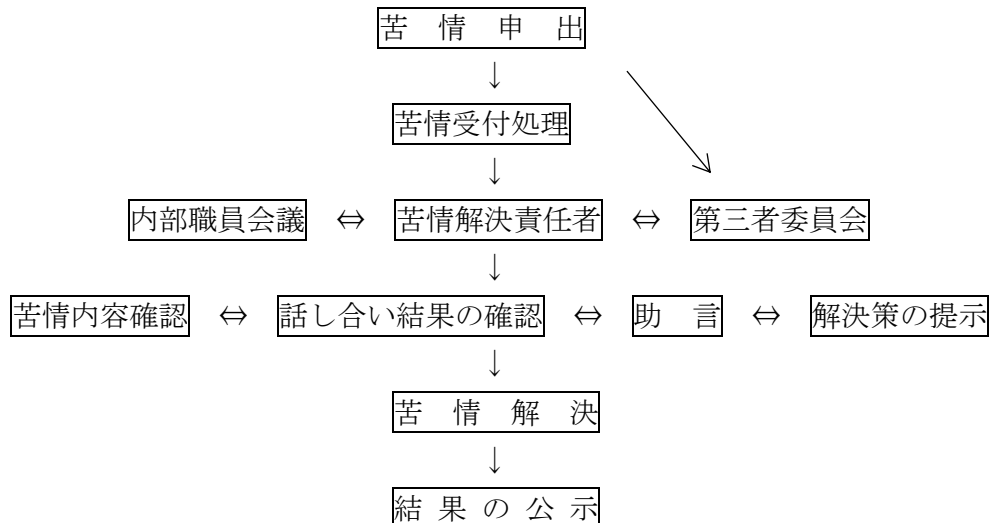
サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

○お客様相談係＜苦情受付窓口（担当者）〔職名〕 所 長 牧 奈美

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：15

＜苦情解決責任者 〔職名〕 白老町社会福祉協議会 在宅福祉課長 牧 諭志 ＞

（2）苦情処理手順



（3）行政機関その他苦情受付機関

白老町 障害福祉サービス担当課	所在地 白老郡白老町東町4丁目6番7号 電話番号 82-5541 FAX 82-5561 受付時間 平日の 8:30～17:15
北海道社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地 札幌市中央区北2条西7丁目 電話番号 011-204-6310 FAX 011-204-6311 受付時間 平日の 8:45～17:15

12. 緊急時の対応法

(1) 緊急時等の対応方針

サービス提供中に事故が発生した場合は、ご家族、救急隊、ご利用者の主治医、関係機関等へ連絡するとともに、必要な措置を講じます。

ご利用者やご家族から緊急時の対応への依頼があった場合は、関係機関などと連携をとりながら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、当事業所は全国社会福祉協議会と損害賠償保険契約を結んでおります。

(2) 緊急時の連絡先

①当事業所への連絡 白老町社協ホームヘルパーステーション

0144-82-6306

②当事業所からの連絡

主治医	病院名		医 師	
	住 所		電話番号	
ご家族①	氏 名		続 柄	
	住 所		電話番号	
ご家族②	氏 名		続 柄	
	住 所		電話番号	

(3) 緊急時の対応可能時間

8：30～17：15までは通常に対応（電話・来所・訪問など）

上記以外の時間帯は電話で受け付けます（24時間対応）。

令和 年 月 日

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。

管理者名 所長 牧 奈 美

説明者職名 氏名 印

令和 年 月 日

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した。

利用者住所

氏名 印

代理人住所

氏名 印

※この重要事項説明書は、厚生労働省令の規定に基づき、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。