

# 居宅介護重要事項説明書

(令和7年4月1日現在)

## 1. 事業者

名 称	社会福祉法人 清里町社会福祉協議会
所 在 地	清里町羽衣町35番地35
電 話 番 号	0152-22-4840
代 表 者 氏 名	会 長 横 井 英 治
設 立 年 月 日	昭和26年9月1日

## 2. 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
事業所の名称	社会福祉法人 清里町社会福祉協議会 指定居宅介護事業所
事業所の所在地	清里町羽衣町35番地35
電 話 番 号	0152-22-4840
管 理 者 氏 名	事務局長 鈴木 裕 介 (専任・兼任)
事業所の運営方針について	事業所の訪問介護員等は、利用者の心身の特性をふまえて、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、排泄、食事などの介護その他全般にわたる援助を行う。
開 設 年 月	平成18年10月1日
事業所が行なっている他の業務	指定訪問介護 平成12年4月1日指定 介護予防訪問型サービス 平成29年4月1日指定

## 3. 事業実施地域

清里町・斜里町・小清水町の区域
-----------------

## 4. 営業時間（緊急時を含む）

営 業 日	12月30日～1月5日(年末年始)までを除く全日
受 付 時 間	月～金 8時15分～17時 (土・日・祝日は電話のみ)
サービス提供時間帯	原 則 8時15分～17時 (その他の時間帯は相談の上)

※緊急時においては、上記時間内において対応いたしますので、上記事業所電話番号までご連絡ください。

## 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	人 員	勤務体制	業 務 内 容
管 理 者	(1)	常 勤 (兼 務)	事業所運営の総括、指揮命令を行う
サ ー ビ ス 提 供 責 任 者	1 名 以 上	常 勤・常 勤 兼 務 含 む	事業所に対する指定訪問介護の利用申し込みにかかる調整、訪問介護員等に対する技術指導、訪問介護計画の作成等を行う
訪 問 介 護 員 (ホームヘルパー)	2.5名 以 上	常 勤 ・ 非 常 勤	介護予防訪問型サービスの提供を行う
事 務 職 員 等	(1)	(兼 務)	清里町社会福祉協議会職員が兼ねる

## 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＞

#### I 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。
- 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、事業者が介護給付費を代理受領する場合には、利用者は、障害福祉サービス受給者書証「(六) 利用者負担に関する事項」の記載されている金額を事業者にお支払いいただきます。3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。

[料金表]

・身体介護が中心であるサービス ・通院等介助（身体介護を伴う場合）が中心であるサービス		・家事援助が中心であるサービス ・通院等介助（身体介護を伴わない場合）が中心であるサービス	
サービス内容（時間）	料 金	サービス内容（時間）	料 金
30分未満	2,560円	30分未満	1,060円
30分～1時間未満	4,040円	30分～45分未満	1,530円
1時間～1時間30分未満	5,870円	45分～1時間30分未満	1,970円
1時間30分～2時間未満	6,670円	1時間15分～1時間30分未満	2,390円
2時間～2時間30分未満	7,540円	1時間30分以上から15分増すごとに	3,110円+350円
2時間30分～3時間未満	8,370円		
3時間以上	9,210円+830円		

初回加算（初回訪問時1月）	2,000円
緊急時訪問加算（1回あたり）（1月2回限度）	1,000円

※初回加算は、新規にサービスを提供することになった場合となります。

※2カ月以上の利用がなく、再開した場合にも初回加算が加算されます。

※緊急時訪問加算は、お客様のご希望により居宅介護計画にない居宅介護等を緊急に行った場合となります。

<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>

○ 介護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、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一旦お支払い頂きます。

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。

(3) サービス利用にかかる実費負担額（契約書第5条参照）

<サービス利用料金>

1. サービス利用料金	円
2. うち、介護給付費が給付される金額	円
3. サービス利用にかかる利用者負担額（1－2）	円

<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限額
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（所得割16万円未満）世帯	37,200円

〔社会福祉法人減免〕

対象：通所サービス（通所施設、デイサービス）、ホームヘルプサービス

- 収入や資産が一定以下の場合、社会福祉法人減免の対象となります。

区 分	負 担 上 限 額（月 額）
低所得1	0円
低所得2	通所サービス（短期入所を併用する場合を含む） 0円 ホームヘルプサービス 0円
一般（所得割16万円未満）	9,300円

対象：施設に入所する18歳以上20歳未満の障害者

区 分	負 担 上 限 額（月 額）
低所得1	0円
低所得2	0円
一般（所得割28万円未満）	9,300円

（社会福祉法人減免の対象となる収入、資産の状況）

	収 入	預貯金等
単身世帯	150万円以下	350万円以下
2人世帯	200万円以下	450万円以下
3人世帯	250万円以下	550万円以下

（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、翌月の指定日まで以下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. 窓口での現金支払                              |
| イ. 下記指定口座への振り込み 網走信用金庫 清里支店 普通預金 0017253 |
| ウ. 口座からの引き落とし 手数料は事業所で負担                 |

（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までに事業者申し出て下さい。
- 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、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
利用予定日の当日までに申し出がなかった場合	一律 1, 0 0 0 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。

## (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

- ☆ サービス提供時に、担当のホームヘルパーを決定します。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、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。

- 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 ご契約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（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。）
- 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きます。）

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、利用者にも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（及び清里町社会福祉協議会個人情報保護規定）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. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、関係機関、市町村等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には損害賠償を速やかに行います。

本事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	日本興亜損害保険株式会社
保険名	福祉サービス総合補償
補償の概要	『福祉サービス総合補償』は社会福祉協議会が行う在宅福祉・地域福祉サービスでの様々な事故を補償する総合的な保険です。

## 10. 虐待防止に関する対策

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、虐待防止委員会を設置し次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待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 管理者 鈴木 裕介

(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ます。

(4) 従業者に対する虐待防止の啓発・普及する為の研修を実施及び指針の整備をします。

(5) サービス提供中に当該事業所従事者又は擁護者（利用者家族を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

## 11. 身体拘束の適正化

事業者は、原則として利用者に対しての身体拘束を行いません。事業者として、身体拘束をなくしていく為の取り組みを積極的に行うために身体拘束委員会を設置し次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 身体拘束等の適正化のために指針を整備します。

(2) 従業者に対し、身体拘束の適正化の為の研修を実施します。

(3) 自傷他害などのおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられる時は、利用者に対して説明し同意を得たうえで次に掲げる事に留意して、必要最小限の範囲内で行う事があります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様などについての記録を行います。

(1) 緊急性	直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または、他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
(2) 非代替性	身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
(3) 一時性	利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、ただちに身体拘束を解きます。

## 12. 業務継続に向けた取り組みについて

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための及び非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- (3) 定期的に業務継続の計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 13. 感染症の予防及びまん延防止のための対策

事業所内の衛生管理、介護ケアにかかる感染対策を行い、感染症の予防に努めます。  
 感染症の発生、その再発を防止するに感染対策委員会を設置し、その結果について従業者へ周知します。  
 他、指針の整備・研修を実施します。また、新たな感染症発生時には業務継続計画に基づいて対応します。

## 14. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医又は協力機関に連絡をとる等必要な措置を講じます。

## 15. 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。

＜苦情受付窓口（担当者）＞ [職名] 事務局次長 北川 円 佳  
 ○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：15 ～ 17：00  
 ＜苦情解決責任者＞ [職名] 事務局長 鈴木 裕 介＞

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

清里町役場 保健福祉課 福祉介護グループ	所在地 斜里郡清里町羽衣町 3 5 番地 35 電話番号 0152-25-3850 FAX 0152-25-2137 受付時間 8：15 ～ 17：00
斜里町役場 民生部 保健福祉課 福祉係	所在地 斜里郡斜里町青葉町 40 番地 2 斜里町総合保健福祉センターぽると 2 1 電話番号 0152-22-2500 FAX 0152-23-6670 受付時間 8：45 ～ 17：30
小清水町役場 保健福祉課 福祉係	所在地 斜里郡小清水町元町 2 丁目 1 番 1 号 電話番号 0152-62-4473 FAX 0152-62-4198 受付時間 8：45 ～ 17：30
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 9：00 ～ 17：00

### (3) 利用者等の意見を把握する体制、第三者評価の実施状況等

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取り組みの状況

なし	あり	実施した年月日	
		当該結果の開示状況	なし あり

#### 第三者による評価の実施

なし	あり	実施した年月日	
		実施した評価機関の名称	
		当該結果の開示状況	なし あり

令和 年 月 日

居宅介護サービスの提供の開始あたり、利用者に対しての契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明いたしました。

○事業者

(事業者名) 社会福祉法人 清里町社会福祉協議会  
指定居宅介護事業所  
(住所) 斜里郡清里町羽衣町35番地35  
(代表者名) 会長 横井 英治 印

○説明者

社会福祉法人 清里町社会福祉協議会  
指定居宅介護事業所  
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した。

利用者住所

氏 名 印

代理人住所

氏 名 印