

【指定居宅介護サービス】
重要事項説明書

令和7年12月改訂版

社会福祉法人
俱知安町社会福祉協議会

あなた（以下「利用者」という。）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者名称	社会福祉法人 倶知安町社会福祉協議会
事業者所在地	虻田郡倶知安町北3条東4丁目2番地
電話番号	0136-22-4150
設立年月日	昭和42年 4月20日
代表者氏名	会長 加藤直己

2. 事業所の概要

事業所名称	倶知安町社会福祉協議会 指定居宅介護事業所
事業所所在地	虻田郡倶知安町北3条東4丁目2番地
電話番号	0136-21-4025
事業所の種類	指定身体障害者居宅介護事業所 平成18年10月 1日指定 北海道0112200126号
事業の目的	指定障害福祉サービス（居宅介護）
開設年月	平成15年 4月 1日
事業所が実施している他の事業	指定訪問介護（介護保険）及び 介護予防・日常生活支援総合事業 平成12年 4月 1日指定 北海道0172200107号
運営方針	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身体障害者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう入浴・排泄及び食事等の介護、調理・洗濯及び家事等生活に関する相談・助言並びに外出時の移動介助、その他の生活全般にわたる援助に努めます。 2. 関係市町村・居宅介護事業所・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、利用者の意思及び人格を尊重し、総合的なサービスの提供に努めます。
サービス提供地域	倶知安町
管理者氏名	斉藤俊子（兼任）

3. 営業時間

営業日及び営業時間	月曜日から金曜日まで (祝日を含めることができる。ただし、土、日曜日及び 12月29日から1月3日までを除く。)
サービス提供時間	月曜日から金曜日まで 午前8時45分から午後5時30分まで 注) 但し、居宅介護計画書等の状況によっては、事業を実施する 時間等変更可能な体制を整えるものとする。

4. 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	職務の内容
1. (管 理 者)	1名 内兼務(1名)			1名	全体管理
2. サービス提供責任者	2名 内兼務(2名)			2名	サービス提供 総括業務
3. 居宅介護従事者 (ホームヘルパー)	8名 内兼務(5名)	1名		2.5名 以上	
(1) 介護福祉士	7名 内兼務(5名)	1名			
(2) 介護職員初任者研修修了者 (ホームヘルパー1級、2級課程修了者)	1名 内兼務(0名)	0名			

当事業所では、利用者に対して指定訪問介護、指定身体障害者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。

5. 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等を記載しています。

「居宅介護計画」は、利用者やご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】

- ① 身体介護（ご家庭に訪問し、入浴や排泄、食事等の介助を行います。）
- ・入浴介助・清拭・洗髪・・・入浴の介助や清拭（体を拭く）や洗髪等を行います。
 - ・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す。
- ※ 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、掃除等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等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、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) サービス提供にあたっては、別添の「居宅介護計画書」(以下「計画書」という。)に基づいて行います。なお、計画書は、利用者の心身の状況や意向等の変化により、必要に応じて変更することができます。

(3) 居宅介護サービスに係る料金は、次表のとおりです。

【料金例】

サービスの種類時間表		利用料	自己負担額
身体介護	30分未満	2,560円	256円
	30分以上1時間未満	4,040円	404円
	1時間以上1時間30分未満	5,870円	587円
	1時間30分以上2時間未満	6,690円	669円
	2時間以上2時間30分未満	7,540円	754円
通院介助	30分未満	2,560円	256円
	30分以上1時間未満	4,040円	404円
	1時間以上1時間30分未満	5,870円	587円
	1時間30分以上2時間未満	6,690円	669円
家事援助	30分未満	1,060円	106円
	30分以上45分未満	1,530円	153円
	45分以上1時間未満	1,970円	197円
わ(身体介護を伴 ない) 通院介助	30分未満	1,060円	106円
	30分以上1時間未満	1,970円	197円
乗降介助 通院等		1,020円	102円

※ 請求において、【特別地域加算】として、所定単位数の合計に対し15%を加算して算定することになります。

(4) 加算について

① 初回加算

新規にサービスの提供を受ける時及び過去2か月以上サービス利用を中止していた方がサービス利用を再開する場合に利用料に加算します。

算定根拠（単価）/月	基本利用料金（10割）	利用者負担額（1割）
2,000円	2,000円	200円

② 緊急時訪問介護加算

利用者やそのご家族からの要請を受けて（身体介護）を行った場合に加算します。

算定根拠（単価）/1回につき	基本利用料金	利用者負担額
1,000円	1,000円	100円

③ 介護職員処遇改善加算

福祉・介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして、北海道に届け出た事業者が利用者に対し、サービスの提供を行った場合に加算します。

加算項目	基本利用料金	利用者負担額
介護職員処遇改善加算Ⅲ	所定単位数の6.7/1000	左記の1割

(5) 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、通常9割が障害者自立支援法に基づく介護給付費の給付対象となります。事業者が介護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。

【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。
- ・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。）

(6) 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、実費をいただきます。

- ① 通院介助等において、ホームヘルパーに公共交通機関等の交通費の他、入場料、利用料等が必要な場合に、その実費をお支払いいただきます。この場合は、サービスご利用時に、

その都度ご負担いただきます。

(7) 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か月毎に計算し、ご請求します。

利用者負担分は、1か月分を翌月27日までにお支払いしていただきます（口座引落・銀行振込・現金払い）。なお、事業者は利用者から利用料の支払いを受けた時は、利用者に対して領収書を発行します。下記のいずれかの方法によりお支払いください。

お支払い方法	お支払い要件等
口座引落	サービスを利用した月の翌月の27日（土日祝祭日の場合は直後の平日）に、利用者が指定する口座から引き落としします。 ※万が一、口座振替ができなかった場合（残高不足等）には、現金にてお支払いいただくか、次月に2か月分まとめて再度振替させていただきます。
銀行振込	サービスを利用した月の翌月の27日（土日祝祭日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振込みください。 【金融機関・店名】北洋銀行 倶知安支店 【口座番号】普通 3347491 【口座名義】社会福祉法人倶知安町社会福祉協議会 理事長 加藤直己
現金払い	サービスを利用した月の翌月27日までに現金でお支払いください。

(8) 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得ないと認められる場合には、いたしません。

6. キャンセル料について

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。

※ 但し、利用者の体調や容体の急変等やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日まで	無 料
利用予定日の当日	利用者負担金の100%

(1) 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。

(2) 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

示する他、他の事業所を紹介する等必要な調整をいたします。

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。但し、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。担当のホームヘルパーや訪問するホームヘルパーが交替する場合は、利用者及びそのご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します。

なお、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遠慮なくご相談ください。

(2) サービス提供について

サービス提供については、「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。また、サービスの提供にあたっては、利用者の自己決定の尊重を原則とした上で、利用者が自ら意思を決定することに困難を抱える場合には、利用者の意思決定の支援が適切に行われるよう努め、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。

なお、サービス実施の為に必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は、無償で使用させていただきます。また、必要によりホームヘルパーが事業所に連絡する場合、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により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の変更をします。

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）

住所及び居宅利用者負担額・支給量等「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 利用者又はご家族等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
- ③ 利用者又はご家族等からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 利用者の同居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

護する為、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ご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. ホームヘルパーご利用にあたってご留意いただきたい事項

(1) ヘルパーへの禁止行為

- ① 身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
- ② 精神的暴力（人の尊厳や人格や言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
- ③ セクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為）
- ④ ヘルパー訪問中の飲酒・喫煙は、ご遠慮願います。

9. サービス実施記録の確認

- (1) 本事業所では、サービス提供毎に実施日時及び実施したサービス内容等を記録し、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ございましたら、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毎の記録は、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。但し、開示に際して必要な複写料等の諸費用は、利用者の負担となります。

10. 衛生管理等

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止の為の対策を検討する委員会を概ね6か月に1回以上開催します。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止の為の指針を作成します。
- (3) 感染症の予防及びまん延の防止の為の研修及び訓練を定期的に（年1回以上）実施します。
- (4) 訪問介護員等の清潔の保持及び健康管理について、必要な管理を行います。
- (5) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

11. 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的に（年1回以上）行います。
- (3) 感染症や災害が発生した場合において、迅速に行動できるよう訓練します。

12. 天災等不可抗力

契約有効期間中、地震・噴火等の天災、その他事業所の責に帰すべき事由により、本サービス

の実施ができなくなった場合には、以後、事業者は利用者に対して本サービスを提供すべき義務を負いません。

また、大雪・大雨・強風等悪天候の場合は、訪問時間の遅延もしくは中止となる場合があります。

1 3. 損害賠償保険への加入（契約書第9条参照）

サービスの提供にあたって、利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、次の損害賠償保険の適用により、その損害を賠償します。但し、自らの責に帰すべき事由によらない場合は、この限りではありません。

- | | |
|-----------|-------------------------|
| (1) 保険会社名 | 損害保険ジャパン株式会社 |
| (2) 保 険 名 | 全国社会福祉協議会団体保障制度「社協の保険」 |
| (3) 補償の概要 | 総合賠償タイプ 対人・対物賠償 限度額 1億円 |
| | 保管物賠償 限度額 100万円 |
| | 初期対応費用 限度額 500万円 |

※ なお、食器等の日用品、家具・建具、電気製品等（以下「家財道具等」といいます。）の補償に関しましては、以下のことをご了承ください。

- ① 予めヘルパーが取扱う家財道具等について、取扱上の注意事項をお伝えいただくか、取扱説明書等をご提示ください。
- ② 使用年数、耐久性、保管・管理状況により補償できかねる場合があります。
- ③ 補償は、定率法に基いた家財道具等の残存価値により査定させていただきます。補償を求める際には、取得価格・購入商社・購入年月をお知らせください。
- ④ 適切な取扱にも関わらず故障または破損した時は、補償いたしかねます。
- ⑤ 家財道具等の補償は原則として修理によるものとし、その製品を製造したメーカーによる補修用性能部品の最低保有期間を超えた製品については、補償いたしかねます。
- ⑥ 食器等、破損により修理できないもので、同じものが入手できない場合は、同種の類似した物で破損した残存価格の範囲内で補償します。
- ⑦ 家財道具等の補償は、その物品の金銭的な価値により行います。愛着、思い出等に対する補償はいたしかねます。

1 4. 守秘義務（契約書第8条4項参照）

- (1) 事業者及びサービス提供従事者は、業務上知り得た利用者又はそのご家族の秘密及び個人情報については、第三者の生命・身体等に危険がある場合等正当な理由がある場合を除いて、第三者に漏らすことはありません。
- (2) 従業者は、退職後も在職中に知り得た秘密及び個人情報を他に漏らすことのないように誓約しています。
- (3) 個人情報を用いる場合には、利用者及びそのご家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において個人情報を用いません。

15. サービスの第三者評価の実施状況について

事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点からの評価を行っていません。

第三者による評価の実施状況	1 あり	実 施 日	
		評 価 機 関 名 称	
		結 果 の 開 示	あり ・ なし
	2 なし		

16. 苦情等の受付について（契約書第14条参照）

サービスに対する苦情やご意見がある場合は、事業者、市町村または北海道社会福祉協議会に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

(1) 苦情の申し立てがあった場合には、迅速かつ誠実に対応します。また、事業者は、利用者が苦情を申し立てたことを理由として、いかなる不利益な取り扱いをすることはありません。

(2) 苦情の申し立てがあった場合には、次の手順によりその解決を図ります。

- ① 利用者や従業員からの事情聴取等により事実関係を把握し、その内容を記録します。
- ② 苦情に係る問題点を把握し、対応策を検討し、必要な改善を行います。
- ③ 利用者に対し、調査結果や講じた措置の内容を納得が得られるよう説明します。

(3) 苦情相談受付窓口

倶知安町社会福祉協議会 指定居宅介護事業所	○ご利用時間 月～金 午前8時45分から午後5時30分まで (祝日を含めることができる。ただし、土、日曜日及び12月29日から1月3日までを除く。)
	○ご利用方法 電話番号 0136-21-4025 面接場所 倶知安町保健福祉会館 ○苦情受付担当者 管理者 斉藤 俊子 ○苦情処理責任者 事務局長 初山 真一郎
倶知安町福祉医療課 社会福祉係	○福祉サービスに関する苦情解決第三者委員(※) 田口 千代子(受益者) 0136-22-6021 森田 瑞枝(地域住民) 0136-23-3872 富士池 勇(学識経験者) 0136-22-5014
	○所在地 虻田郡倶知安町北1条東3丁目3 ○ご利用時間 月～金 午前8時45分から午後5時30分まで (土・日・祝祭日、12月29日から1月3日までは休み) ○ご利用方法 電話番号 0136-55-6115 F A X 0136-21-2143
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1(かでの2.73階) ○ご利用時間 月～金 午前9時00分から午後5時00分まで (土・日・祝祭日、12月29日から1月3日までは休み) ○ご利用方法 電話番号 011-204-6310 F A X 011-204-6311

(※) 第三者委員について

俱知安町社会福祉協議会では、地域にお住まいの方々を第三者委員に選任し、地域住民の立場から福祉サービスに対するご意見等をいただいておりますので、苦情やご意見をその方々に相談することもできます。

17. 身体拘束の禁止について

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

但し、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に利用者及びそのご家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

18. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権擁護・虐待の発生又はその再発を防止する為に次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当を選定しています。

虐待防止に関する担当者	管理者 斉藤 俊子
-------------	-----------

(2) 虐待防止の為の対策を検討する委員会を定期的に（年1回以上）開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止の為の指針を整備しています。

(4) 従業者に対して、虐待を防止する為の定期的な（年1回以上）研修を実施しています。

(5) サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（現に養護しているご家族・同居人等）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、速やかに俱知安町等に通報します。

19. 事故発生時及び緊急時の対応

(1) サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに次項の緊急連絡先（ご家族等）並びに俱知安町等に連絡して必要な措置を講じます。また、事故の状況及び講じた措置について記録いたします。

(2) 事故の原因が事業者の責に帰すべき事由による場合は、所定の手続きを経て損害賠償を速やかに行います。

(3) 事故発生後は、事故の要因を十分に検討して原因解明を行い、再発防止に努めます。

(4) 利用者の主治医又は医療機関への連絡等応急措置を行います。

(5) 利用者の指定する緊急連絡先に連絡します。

●緊急連絡先

連絡先1	氏名	(続柄：)
	住所	
	電話番号	固定 / 携帯
連絡先2	氏名	(続柄：)
	住所	
	電話番号	固定 / 携帯
主治医	病院名	
	医師名	
	住所	
	電話番号	
その他の緊急時 対処方法		

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。

令和 年 月 日

(事業者)

所在地 虻田郡倶知安町北3条東4丁目2番地
倶知安町保健福祉会館内

事業者名 社会福祉法人 倶知安町社会福祉協議会
会長 加藤直己 ㊟

説明者名 社会福祉法人 倶知安町社会福祉協議会
指定居宅介護事業所 居宅介護係
係長 大坪優美 ㊟

私は、本書面に基づいて前記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。

利用者 氏名 _____ ㊟

署名代行者（又は法定代理人）

（私は、利用者本人の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行います。）

氏名 _____ ㊟

立会人 氏名 _____ ㊟