

# 「白糠町社会福祉協議会 指定訪問介護事業所（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。  
(白糠町指定 第0174300459号)

当事業所はご契約者に対して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通り説明します。

※ 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。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	3
6. サービスの利用に関する留意事項	6
7. 緊急時・事故発生時の対応	7
8. 利用者及び利用者家族の個人情報の取り扱いについて	7
9. 介護サービス情報の公開・第三者評価の実施について	8
10. 苦情の受付について	8

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 白糠町社会福祉協議会  
(2) 法人所在地 北海道白糠郡白糠町東1条北1丁目1番地9  
(3) 電話番号 01547-2-2042  
(4) 代表者氏名 会長 岸本 秀彦  
(5) 設立年月 昭和26年9月18日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 介護予防訪問介護相当サービス 平成30年4月1日指定  
(2) 指定事業所番号 0174300459号  
(3) 事業の目的 介護保険法令に従い、ご契約(利用)者が居宅において、その有する能力に応じて、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、サービスを提供します。  
(4) 事業所の名称 白糠町社会福祉協議会 指定訪問介護事業所  
(5) 事業所の所在地 北海道白糠郡白糠町東1条北1丁目1番地9  
(6) 電話番号 01547-2-2042  
(7) 事業所管理者 西原 時子  
(8) 当事業所の運営方針  
①ご利用なされる方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、排泄、食事の介護その他生活全般にわたる援助を行います。  
②事業の実施に当たっては、関係行政機関、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。  
(9) 開設年月 平成16年7月1日 (平成30年4月1日 北海道から白糠町指定へ移行)  
(10) 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。

- [基準該当身体障害者居宅介護事業] 0146600028号(平成15年4月1日指定)  
[訪問介護事業] 0174300459号(平成16年6月7日指定)  
[居宅介護支援事業] 0174300459号(平成16年6月7日指定)  
[地域密着型通所介護事業] 0194300083号(平成28年4月1日指定)  
[認知症対応型通所介護事業] 0194300083号(令和3年4月1日指定)  
[介護予防・日常生活支援総合事業] 0174300459号(平成30年4月1日指定)

### 3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 白糠町内一円

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日 (祝日及び12月29日から翌年の1月3日までを除く) 但し、上記以外にサービスの提供を希望する場合は、調整可。
受付時間	月曜日から金曜日 午前8時30分～午後5時30分。 上記以外の時間は、080-1877-0104へ。
サービス提供時間帯	月曜日から金曜日 午前8時30分～午後5時30分。 但し、上記以外にサービスの提供を希望する場合は、調整可。

### 4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して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>

令和5年4月1日現在

職種	常勤	非常勤	常勤換算	指定基準
<b>1. 管理者</b>	<b>1名</b>			<b>1名</b>
(1)介護福祉士	1名			
<b>2. サービス提供責任者</b>	<b>3名</b>			<b>3名</b>
(1)介護福祉士	3名			
<b>3. 訪問介護員</b>	<b>2名</b>	<b>9名</b>	<b>10名</b>	<b>2.5名</b>
(1)介護福祉士	1名	5名		
(2)介護職員初任者研修 ・旧2級養成研修課程修了者	1名	4名		
(3)生活援助従事者研修課程修了者				

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

※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事業所における常勤職員の所定勤務時間数(週40時間)で除した数です。

<主な職務内容>

#### 管理者

1. 従業者及び業務の管理を、一元的に行います。
2. 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。

## サービス提供責任者

1. 訪問介護の利用の申込みに係る調整を行います。
2. 訪問介護計画を作成。並びに利用者等への説明を行い、同意を得て交付します。
3. 訪問介護の実施状況の把握、及び訪問介護計画の変更を行います。
4. 訪問介護員等に対する技術指導等のサービスの内容の管理を行います。
5. 利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握します。
6. サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。
7. 利用者の口腔に関する問題・服薬状況等を、居宅介護支援事業者等に情報共有します。
8. 訪問介護員等に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達します。
9. 訪問介護員等の業務の実施状況を把握します。
10. 訪問介護員等の能力や希望を踏まえた業務管理を実施します。
11. 訪問介護員等に対する研修、技術指導等を実施します。
12. その他サービス内容の管理について必要な業務を実施します。
13. 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。

## 訪問介護員

1. 訪問介護計画に基づき、日常生活を営むのに必要な指定訪問介護のサービスを提供します。
2. サービス提供責任者が行う研修、技術指導等を受けることで介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービス提供します。
3. サービス提供後、利用者の心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行います。
4. サービス提供責任者から、利用者の状況についての情報伝達を受けます。

## 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、

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>(1) 利用料金が介護保険から給付される場合</li><li>(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合</li></ul> |
|--|

があります。

### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分(別紙、利用料金表参照)が介護保険から給付されます。

#### <サービスの概要>

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>○訪問介護計画の作成<br/>サービス内容を定めた訪問介護計画を作成します。</li><li>○生活援助<br/>調理・洗濯・掃除・買い物等日常生活上の世話をします。</li></ul> |
|---|

☆ 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、居宅サービス計画(ケアプラン)を踏まえた訪問介護計画に定められます。ケアプランの変更を希望される場合は、速やかに担当の介護支援専門員に連絡し調整いたします。

#### ◎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や整理整頓を行います。(ご契約者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除、大掃除は行いません。)

#### ○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。(預貯金の引き出しや預け入れは行いません。)

#### 〈サービスの利用料金〉

☆ ご契約者(利用者)がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援認定を受けた後、自己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

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〉

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、別紙サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

☆ 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ヶ月前までにご説明します。

### (3) 交通費

通常の事業実施地域を越えて行う訪問介護に要した交通費の実費をいただきます。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の通りです。

(1) 事業所から、片道30キロメートル未満 1,000円

(2) 事業所から、片道30キロメートル以上 1,500円

費用の支払を受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明をした上で、支払に同意する旨の文書に署名(記名押印)をいただきます。

### (4) 利用料金のお支払い方法

1ヶ月ごとに計算し、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。

- ア. 金融機関口座からの自動引き落とし
- イ. 指定口座への振り込み
- ウ. 現金での支払い

#### (5) 利用の中止、変更、追加

- 利用予定日の前に、ご契約者(利用者)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申し出て下さい。
- 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。但しご利用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。

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	当日の利用予定料金の 10%

- 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ご契約者(利用者)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ご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

#### 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

#### ① 定められた業務以外の禁止

ご契約者は「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へ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。但し、事業

者は訪問介護サービスの実施にあたって、ご契約者の事情・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

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

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サービスに伴う少額の金銭以外・預貯金通帳・証書・書類等の預かり
- ③ ご契約者もしくはその家族等からの金銭又は高価な物品等の授受
- ④ ご契約者の家族等に対するサービスの提供
- ⑤ ご契約者の日常生活の範囲を超えたサービス提供(大掃除、庭掃除など)
- ⑥ 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
- ⑦ 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
- ⑧ その他ご契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

## 7. 緊急時・事故発生時の対応

訪問介護の実施中において、ご契約者(利用者)の体調が急変した際、主治医・医療機関及び、ご家族並びに関係者等に適切に連絡を取り、必要な対応を行います。

また、サービスの提供に関して事故が発生した場合には、必要に応じて主治医・医療機関及び、ご家族並びに関係者等に適切に連絡を取り、あわせて、死亡事故その他重大な事故であるときは、北海道及び保険者に報告を行います。

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(利用者)に連絡を行い、賠償すべき事故と判断された場合には、損害賠償を行います。あわせて、台帳に記録・保管し、再発防止に努めます。

## 8. 利用者及び利用者家族の個人情報の取り扱いについて

### (1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

- ① 事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱い

のためのガイドンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。

- ② 事業者及び事業者の使用する者(以下「従業者」という。)は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

## (2) 個人情報の使用について

- ① 事業者は、契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- ② 契約者に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、契約者又はその家族等の個人情報をを用いることとします。

## 9. 介護サービス情報の公開・第三者評価の実施について

### (1) 介護サービス情報の公開

当事業所では介護サービス情報を公表しております。お客様が介護サービス事業所・施設を比較・検討して適切に選ぶための情報を提供する仕組みです。

ホームページからいつでも閲覧できます。

(北海道介護サービス情報公表センター <http://www.kaigojoho-hokkaido.jp/>)

### (2) 第三者評価の実施

事業運営における問題点を把握し、事業者におけるサービスの質、運営内容、経営内容等の良否を専門的に判断・評価し、改善指導等を実施します。

利用者アンケート調査等、利用者の意見を把握する取組の状況	あり	実施日	
		結果の開示	あり・なし
	なし		
第三者による評価の実施状況	あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	あり・なし
	なし		

## 10. 苦情の受付について

### (1) 苦情の受付

ご契約者(利用者)からの相談又は苦情等に対して、以下の窓口で受け付けます。

苦情受付窓口      社会福祉法人 白糠町社会福祉協議会  
TEL・FAX          01547-2-2042



担当者 事業所管理者 西原 時子  
 受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:30

**(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順**

- ・ 苦情等があった場合は、ただちに管理者が相手方に連絡を取り、直接訪問するなどして詳しい事情を聞くとともに、担当者からも事情を確認いたします。
- ・ 管理者が必要あると判断した場合は、検討会議を行います。  
 (検討会議を行わない場合も、必ず管理者まで処理結果を報告いたします。)
- ・ 検討後、早急に具体的な対応を行います。(ご利用者への謝罪等)
- ・ 台帳に記録・保管し、再発防止に努めます。

**(3) 行政機関その他苦情受付機関**

白糠町役場 保健福祉部介護健康課 介護保険係	所在地 白糠町西1条南1丁目1番地1 電話番号 01547-2-2171 fax番号 01547-2-4659 受付時間 8:30～17:00
北海道 保健福祉部	所在地 札幌市中央区北3条西6丁目 電話番号 011-231-4111 fax番号 011-251-3879 受付時間 9:00～17:00
北海道 国民健康保険 団体連合会	所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 電話番号 011-231-5161 fax番号 011-233-2178 受付時間 9:00～17:00

※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。

令和 年 月 日

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。

説明者 社会福祉法人 白糠町社会福祉協議会  
指定介護予防訪問介護事業所

管理者 西原 時子 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、内容について同意し、交付を受けました。

利用者 住 所

氏 名 印

署名代理人 住 所

氏 名 印

(続柄 )