

重要事項説明書

あなたに対するサービスの提供にあたり、厚生省令第37号第98条及び当該事業運営規定に基づいて、当該事業所が介護訪問に関するあなたに説明すべき重要事項は次の通りです。（令和7年6月1日 現在）

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 美唄市社会福祉協議会
事業所の所在地	美唄市西3条南3丁目6番2号
法人種別	社会福祉法人
代表者名	越前谷 賢一
電話番号等	電話 0126-62-0770 FAX 0126-62-6996

2 ご利用の事業所

訪問介護事業所	事業者の名称	びばい社協さわやかヘルパーステーション
	事業所の所在地	美唄市西3条南3丁目6番2号
	管理者の氏名	米澤 征騎
	電話番号等	電話 0126-63-0585 FAX 0126-62-6996
	指定事業所番号	北海道知事指定 第0176100022号

3 職員の職種、人数等

	職員の職種	人数	区 分		備 考
			常 勤	非常勤	
さわやか ヘルパー ステーション	管理者	1	1	—	・サービス提供責任者は伊藤 あすか・岩渕真友美の2名です。
	サービス提供責任者 兼訪問介護員	2	2	—	
	訪問介護員	5	0	5	
	登録訪問介護員				
	計	8	3	5	

4 営業日及び営業時間

	営業日	サービス提供時間	その他
さわやか ヘルパーステーション	日曜日から土曜日 ただし、お盆と年末年始 (12/29～1/3は除く。)	午前7時 ～ 午後8時	左記時間以外においては 電話による連絡は24時間 可能な体制をとっています。

5 利用料金

	種別		身体介護	身体生活介護	生活援助
	区分				
さわやか ヘルパー ステーション (特定事業所 加算Ⅱ込)	20分以上45分未満	生活2	—	—	197
	45分以上	生活3	—	—	242
	40分以上75分未満	身1・生1	—	340	—
	65分以上100分未満	身1・生2	—	411	—
	20分以上30分未満	身体1	268	—	—
	30分以上60分未満	身体2	426	—	—
	60分以上90分未満	身体3	624	—	—
	身体介護については、1時間を超える場合は30分刻みで一定の82単位が加算されます。				

特定事業所 加算Ⅱ	加算	備 考
	10%	専門性の高い人材の確保や質の高いサービスを提供している事業所へ一定の単位数を加算する。

初回加算

	金 額	備 考
初回加算	2, 0 0 0 円	新規に介護訪問介護計画を作成した利用者に対して、サービス提供責任者が初回の指定訪問介護を行った場合、又は当該指定介護訪問介護事業所のその他の訪問介護員等が初回若しくは初回の指定訪問介護を行った日の属する月に指定訪問介護を行った際にサービス提供責任者が同行した場合は、1ヶ月200単位加算する。

緊急時訪問介護加算（緊急時対応～契約書第11条参照）

	金 額	備 考
緊急時加算	1, 0 0 0 円	利用者やその家族からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り、ケアマネジャーが必要と認めたときに、サービス提供責任者又はその他の訪問介護員等が居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行った場合。

介護職員処遇改善加算・介護職員等特定処遇改善加算

	加 算	備 考
介護職員処遇改善加算Ⅳ	14.5%	離職率の高い介護職員を職場に定着させるため設けられた加算制度です。 介護事業で働いている介護職員の賃金改善にあてることを目的としています。

実費負担分

加 算	備 考
買い物支援移動費	利用者自宅から買い物店舗までの往復の距離1km150円を実費負担として請求する。（1km未満の端数は四捨五入） なお、往復1km未満は150円を請求する。
キャンセル料	<u>派遣中止の連絡が事前無く、ヘルパー派遣当日不在等でサービスが提供できなかった場合1回1,000円をキャンセル料として請求する。ただし、事前に連絡ができないことについて止むを得ない理由（病状の急変や急な入院など）がある場合は請求しない。</u>

6 苦情の申立・解決等

本会「苦情解決規程」（別添1）に基づき、次のとおり苦情解決に努めます。

苦情解決責任者 米澤 征騎（さわやかヘルパーステーション管理者）

苦情受付担当者 伊藤 あすか（サービス提供責任者）

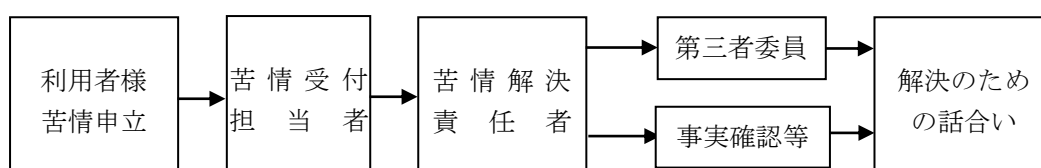
受付方法 面談（さわやかヘルパーステーション）

郵送（美唄市西3条南3丁目6-2 美唄市総合福祉センター内）

電話（0126-63-0585又は、62-0770（社協事務局））

受付時間 月曜日から金曜日の8時30分～17時00分

苦情解決の流れ



その他の申立機関等

美唄市保健福祉部高齢福祉課（0126-62-3131）

北海道社会福祉協議会福祉サービス運営適正化委員会（011-204-6310）

7 身体拘束のゼロへの取り組みと虐待防止について

利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、利用者の身体的拘束及び行動を制限する行為を行いません。やむなく行う場合は、利用者及び利用者の家族等に対して説明し同意を得るものとします。また、虐待防止委員会を設置し、身体拘束についての改善計画を作成し随時見直しを行うものとします。また、事業所及び従業者は、サービス提供中に従業者若しくは家族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には、速やかに市町村に通報します。

- (1) 当事業所における虐待防止の受付 当法人虐待防止対応規程により、当事業所では虐待通報に適切に対応する体制を整えています。また、当事業所における虐待防止責任者を設置し、虐待防止に努めます。

○虐待防止責任者(虐待防止委員会委員長)
○虐待受付担当 (虐待防止委員会副委員長)

- (2) 行政機関その他の虐待防止受付機関

美唄市保健福祉部地域福祉課地域福祉係	0126-62-3148
美唄市社会福祉協議会 障がい者相談支援センター	0126-62-0770
高齢者虐待の場合	
美唄市地域包括支援センター	0126-68-8297

8 居宅介護支援事業所との連携

- (1) 当事業所は、サービスの提供にあたっては、居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する事業者との密接な連携に努めます。
- (2) 当事業所は、サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な相談又は援助を行うとともに、当該利用者に係る居宅介護支援事業者に対する情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する事業者との連携に努めます。

9. 秘密保持及び個人情報の保護

- (1) 事業者及びその従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。
- (2) 事業所は、利用者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ダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- (3) 事業所は、利用者の個人情報については利用者から、その家族の個人情報についてはその家族から予め文書で同意を得ない限り、利用者の居宅サービス計画等の立案のためのサービス担当者会議、居宅サービス事業者等との連絡調整等において、利用者又はその家族の個人情報を用いません。

10. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

11. 事故発生時の対応

訪問介護の提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

12 ハラスメントについて

当事業所は、適切なサービス提供を確保する観点から職場において行われるハラスメント行為であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより訪問介護員等の就業環境が害されることを防止するため必要に応じて適切な措置を講じるものとします。ハラスメントはサービスの提供を困難にし、関わった訪問介護員等の心身に悪影響を与えます。下記のような行為があった場合契約書及び重要事項説明書に基づきサービス提供

を中止することとします。

- (1) 性的な話をする。必要のない肌を触る等のセクシャルハラスメント行為
- (2) 特定の訪問介護員等へ嫌がらせ、理不尽なサービス提供の要求等の行為
- (3) 叩く、つねる等の身体的暴力行為
- (4) 長時間の電話、事業所及び訪問介護員等に対する理不尽な苦情を申立てる等の行為
- (5) その他訪問介護員の就業環境に悪影響を与える行為

1.3 業務継続計画の策定について

- (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及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（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) 訪問介護員等に対し、業務継続計画について周知をするとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて計画（業務継続計画）の見直しを行います。

提供するサービスの第三評価の実施状況について

実 施 の 有 無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関	
評価結果の開示状況	

私は、本書面に基づいて、乙の職・氏名 サービス提供責任者 から上記重要事項の説明を受けたことを確認するとともに、別紙「サービス内容説明書」に記載のサービス提供を受けた場合、その料金を支払うことに同意します。

令和 年 月 日

サービス利用者

お名前 _____ 印

利用者の家族等

住 所 _____

続 柄 お名前 _____ 印