

# 居宅介護・重度訪問介護 重要事項説明書

## 1 事業者の概要

|              |                |
|--------------|----------------|
| 名称           | 株式会社 秀         |
| 所在地          | 旭川市永山7条3丁目1-28 |
| 電話番号         | 0166-74-6166   |
| 代表者氏名        | 齊藤秀彰           |
| 事業者が所有するサービス | 訪問介護           |

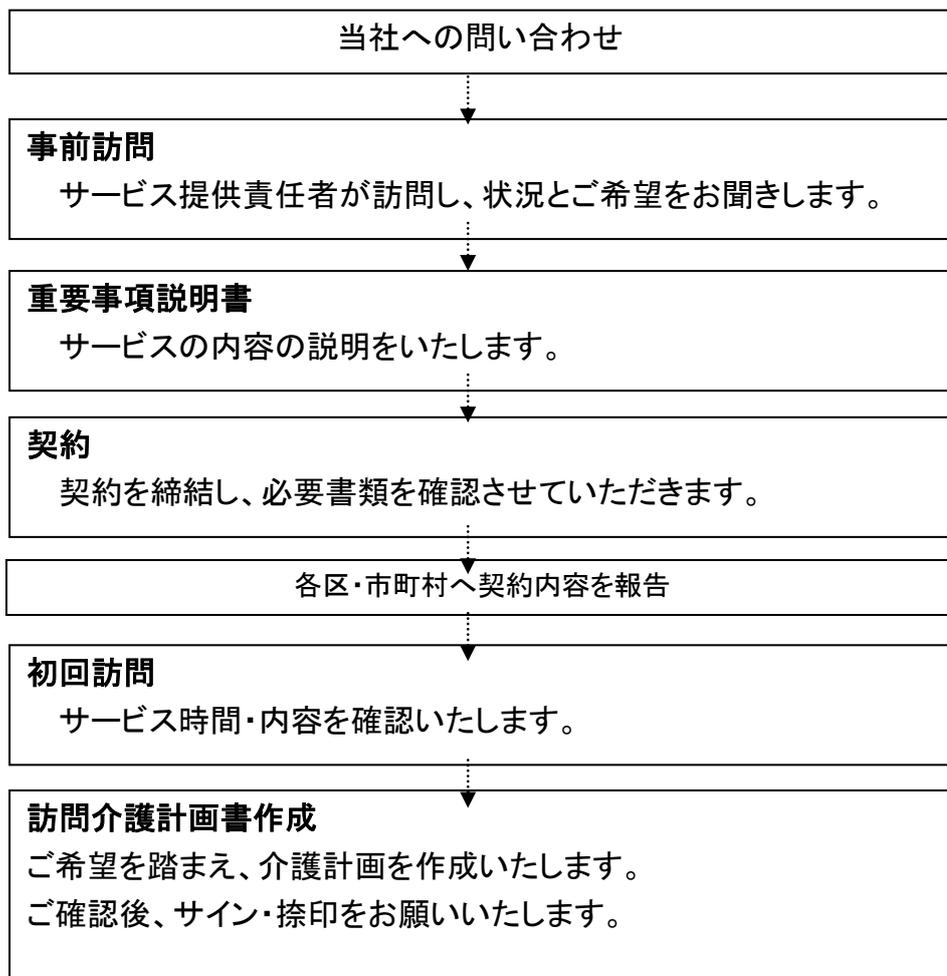
## 2 事業所の概要

|           |  |
|-----------|--|
| 事業所の名称    | 訪問介護ステーション 静療  |
| 事業所の所在地   | 旭川市永山7条3丁目1-26   |
| 事業所の電話番号  | TEL 0166-74-6166   |
| 管理者       | 齊藤清美   |
| サービス提供責任者 | 齊藤清美 太田真裕美 齊藤翔平  |
| サービス提供地域  | 旭川市  |
| サービス提供日   | 月～金曜日 午前8時30分から午後17時30分までとする。ただし、祝日、12月31日から1月3日までを除く。<br>(休業日・時間外であってもサービスの提供を行なう場合がある) |
| 事業所番号     | 0112906482(平成28年3月14日指定)   |
| 運営方針      | 可能な限り居宅においてその有する能力に応じて自立した生活を営むことの出来るよう、また尊厳を持って安心して生活して頂けるよう配慮し、運営するものとします。             |

## 3 事業所の職員体制

| 職種        | 常勤(人) | 非常勤(人) | 合計員数 | 資格等          |
|-----------|-------|--------|------|--------------|
| 管理者       | 1(兼)  | —      | 1(兼) | 介護福祉士        |
| サービス提供責任者 | 3(兼)  | —      | 3(兼) | 介護福祉士        |
| ヘルパー      |       | 22     | 22   | 介護福祉士・ヘルパー2級 |

#### 4 サービス開始までの流れ



#### 5 サービスの内容

|      |  |
|------|--|
| 身体介護 | ご利用者の身体に直接接触して行う介助、日常生活を営むのに必要な機能の向上等のための介護及び、専門的な援助 |
| 家事援助 | 掃除・洗濯・調理などの日常生活援助                                    |

#### 6 利用料金

##### (1) 障害福祉サービス支給対象利用者負担額（別紙料金表参照）

・サービス利用による自費負担額は法定利用料に基づく金額です。

##### (2) 交通費

上記2で示した「サービス提供地域」におけるサービス利用については、交通費は無料です。その他の地域については、Km×20円 地図上で旭川から出た時点で料金が発生します。

##### (3) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。

| ご連絡時期          | キャンセル料 |
|----------------|--------|
| サービス利用前日の17時まで | 無 料    |
| サービス利用日の当日     | 1,000円 |

※但し、利用者様の様態の急変など緊急やむをえない事情がある場合は不要です。

#### (4) 支払方法

上記利用料金の支払いは、1か月ごとに計算し、翌月中旬までにご請求いたします。集金方法は、ご都合によりお選び下さい。

◇ 銀行口座…27日振り込み

◇ 集金…月末

《サービス利用にあたって》

《サービスご利用にあたって》

##### 1) 訪問介護記録について

・サービス終了時に「訪問介護記録」を記入いたしますので、内容確認後捺印を頂きます。「訪問介護記録」は、生活の記録として保管下さい。  
当社では、複写を5年間保管いたします。

・スタッフは、稼働前に前回の記録を確認いたしますので、所定の場所に保管願います。

##### 2) 身分証について

スタッフは常に身分証を携帯し、提示を求められたときはいつでも提示いたします。

##### 3) サービスに使用する用具について

・サービスに必要な用具は、利用者様宅のものを使用させていただきます。

(洗剤・バケツ・オムツ・タオル・車椅子など)

※ 利用者様への安全なサービスを提供するにあたり、状況や内容に応じてプラスチック手袋をご用意しております。

・利用者様のお宅でサービスを提供するために必要となる水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者様にご負担いただきます。

##### 4) 車の駐車について

スタッフは車で訪問いたしますので、事前にお聞きした場所に駐車させていただきます。

##### 5) 医療行為について

スタッフは医療行為は出来ませんので、ご理解下さい。

##### 6) お願い

・サービスは、利用者様宅についてからの開始になります。(サービス時間外でのお買い物はいたしません)

・スタッフとの個人的なお付き合いは、ご遠慮ください。(個人の電話番号などはお教えできません)

・金品の受け渡しはご遠慮願います。

## 7 サービスの終了など

### (1) サービスの終了

- ①利用者様のご都合での解約は、いつでも申し入れることができます。  
契約終了を希望する7日前までに事業所に通知下さい。
- ②事業所が破産した場合、またはやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。
- ③利用者がサービス利用料金の支払いを3か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらずお支払いいただけない場合、または利用者やご家族が事業者やサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、事業所は文書で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。
- ④当事業所を閉鎖または縮小する場合などやむを得ない事情がある場合、契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。この場合、契約を解除する日の30日前までに文書で通知します。

### (2) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

- ①利用者が施設に入所した場合
- ②介護保険被保険者証の認定期間が満了し、その後自立となった場合
- ③利用者が亡くなった場合

## 8 虐待防止に関する事項

(1) 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

- ①虐待を防止するための指針に基づく対策・委員会の設置・従業者に対する研修の実施
- ②利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- ③その他虐待防止のために必要な措置・虐待の発生または、再発を防止するための委員会を開催し拘束廃止への取り組みを行い、意識の啓発を行います。

(2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)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するものとする。

## 9 苦情処理・カスタマーハラスメントに関する事項

(1) 指定訪問看護[指定介護予防訪問看護]の提供に係る利用者又はその家族等からの苦情・ハラスメントに迅速かつ適切に対応するために、必要な措置を講じるものとする。

(2) 以下のような行為があり、ハラスメントと該当すると、みなされる場合契約を解除します。暴力又は乱暴な言動、無理な要求(物を投げつける。刃物をむける。手を払いのける等)・セクシュアルハラスメント(体に触る、手を握る、性的な卑猥な言動等)・その他(個人の連絡の番号を聞く・ストーカー行為等)

## 10 BCP(業務継続計画)策定について

(1) 自然災害、感染症対策には、BCP 計画、ガイドラインに基づき、ご家族、地域、行政と協力し、ご家族様の安全の確保に努めていきます。非常災害時に実効性の高い対策をとることができ

るよう周辺地域において想定される、火災、震災、風水害その他の非常災害に関する計画を策定しその計画に従い必要な研修及び計画を実施するものとする。感染源の隔絶、除去および感染経路の遮断に取り組み、安全な生活環境の構築に努めます。

感染の状況を踏まえ、ICT 機器も活用し当該対応を実施していきます。

(2) 感染症の予防及び蔓延防止に努め、感染防止に関する会議等においてその対策を協議し、対応指針等を作成し掲示を行う。また、研修会や訓練を実施し、感染対策の資質向上に努める。

#### 11 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

##### 【主治医】

|         |  |
|---------|--|
| 医療機関名   |  |
| 住 所     |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 主治医氏名   |  |

##### 【ご家族等緊急連絡先】

|         |   |
|---------|---|
| 氏名(続柄)  | / |
| 住 所     |   |
| 電 話 番 号 |   |

#### 9 この契約に関する苦情・相談窓口

##### 当事業所ご利用相談・苦情窓口

|       |                         |
|-------|-------------------------|
| 担 当 者 | 齊藤清美 太田真裕美 齊藤翔平         |
| 電話番号  | 0166-74-6166            |
| 受付時間  | 午前9時から午後5時まで 月曜日から金曜日まで |

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| 1 | 旭川市福祉部保健部 障害福祉課             |
| 2 | 0166-25-6476                |
|   |                             |
|   | 月曜日から金曜日（祝日休み） 午前9時から午後5時まで |

|   |                     |
|---|---------------------|
| 1 | 旭川市市役所 介護高齢課 介護総合相談 |
|---|---------------------|

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| 2 | 0166-25-9119                |
|   |                             |
|   | 月曜日から金曜日（祝日休み） 午前9時から午後5時まで |

また、都道府県社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」においても市区町村と連携しながら苦情対応を行っています。

|       |                        |
|-------|------------------------|
| 窓 口   | 北海道福祉サービス運営適正化委員会      |
| 電話番号  | 011-204-6310           |
| ファックス |                        |
| 受付時間  | 月～金 9～17時（祝祭日、年末年始を除く） |

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。居宅介護利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所

（所在地）

旭川市永山7条3丁目1-26

（事業所名）

訪問介護ステーション 静療

（説明者）

私は契約書及び本書面により、これからサービスを受ける訪問介護(介護予防訪問介護)の重要な事項について、事業所から説明を受けました。

年 月 日

### 利用者

(住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_

### 連帯保証人

(住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_

# 個人情報保護に関する説明

## 個人情報使用同意書

株式会社 秀  
訪問介護ステーション 静療

〒 079-8417

住所 旭川市永山7条3丁目1-26

TEL 0166-74-6166

## 個人情報の保護に関する説明

当福祉サービス部（訪問介護ステーション 静療）では、下記の目的にて個人情報を使用し皆様に安心してサービスを受けていただけるよう、その取り扱いには細心の注意をはらい、万全の体制で取り組んでいきます。

### 【個人情報の内容訂正・利用停止】

- 個人情報とは、氏名・住所等の特定の個人を識別できる情報を言います。
- 当事業所が保有する個人情報が事実と異なるとお考えになる場合は、内容の訂正・利用停止を求めることができます。  
:担当スタッフにお申し出くだされば調査の上、対応いたします。

### 【個人情報の利用目的】

- 個人情報は、本来のサービス目的の範囲を超えて利用いたしません。
- サービス提供のために使用する他、事業所の運営、教育・研修、行政命令の遵守、医療・介護・福祉施設との連携等のために個人情報を利用することがあります。また、外部機関による事業所評価・学会や出版物で個人名が特定されない形で報告することがあります。
- 当ステーションは、社内研修のため職員が訪問に同席する場合があります。その場合は、事前にご連絡いたします。

### 【事業所内での利用】

1. 居宅サービス介護給付費、または訪問看護療養費請求のための事務
2. サービス開始、終了等の事務所管理
3. 会計・管理
4. 医療、福祉サービスに関わる事故等の報告
5. ご利用者様へのサービスの質向上に係わり、担当者会議・症例研究・職員の教育や研修、医療・福祉サービスの維持・改善のための基礎資料、サービスの経過および予後・満足度調査や業務改善のためのアンケート調査
6. その他、ご利用者様に係わる管理運営業務

### 【事業所外への情報提供としての利用】

1. 主治医、薬局、他の医療や福祉サービス事業者および施設との連携
2. 他の医療機関等からの照会への回答
3. ご利用者様のサービス等のため、外部の専門職等の意見や助言を求める際
4. ご家族等へのサービス内容の説明
5. 保険事務、その他の委託
6. 保険者または審査支払い機関および公費負担医療・介護に関する行政機関等へのサービス報酬明細書の提出および照会への回答
7. 外部監査機関への情報提供

### 【ご希望の確認と変更】

1. サービス予定日や内容の変更および療養給付・保険証等の確認等、緊急性を認めた内容について、ご利用者様ご本人へ連絡する場合があります。
2. ヘルパー介助等にて外出や通院の際、お名前をお呼びすることに関してのご希望がありましたらお申し出ください。
3. 外部の方から事業所への電話や来訪により、ご利用者様に関しての問い合わせがあった場合、回答を望まない・対応に

ついて等ご希望がある場合は、その旨をお申し出ください。

【附記】

- 上記のうち他の医療機関等への情報提供について同意しがたい事項がある場合には、相談窓口までお申し出ください。
- お申し出が無いものについては、同意して頂けたものとして取り扱わせていただきます。
- これらのお申し出は、いつでも撤回・変更等を行うことが可能です。
- 不明な点など、お気軽にお申し出ください。

〔担当窓口〕

事業所名 訪問介護ステーション 静療  
住 所

旭川市永山 7 条 3 丁目 1-26

TEL. 0166-74-6166

担当者名 太田真裕美 齊藤清美 齊藤翔平

## 個人情報使用同意書

事業者名 株式会社 秀  
代表者名 齊藤秀彰

私(利用者および、その家族)の個人情報については、その利用目的に対しての説明を受け、その範囲内で使用することに同意します。  
この同意を証するため本書2通を作成し、私と事業者が1通ずつ保有するものとします。

説 明 者 \_\_\_\_\_

年 月 日

該当する場合左記にチェック⇒  契約書等と同一人物ですので住所記載を省略します。

利用者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

家 族

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

# 居宅介護利用料金(障害者総合支援法)

利用料金は、利用者から障害福祉サービス費の支給決定を行った市町村の定める給付費の定率(1割)を自己負担額として、お支払いいただくものとします。

お支払い頂く利用料金の目安は以下の通りです。

| 身体介護   |        |         |       |
|--|--------|---------|-------|
| 時 間  | (単位数)  | 費 用     | 自己負担額 |
| 30分未満  | 256 単位 | 2,560 円 | 256 円 |
| 30分以上 1時間未満  | 404 単位 | 4,040 円 | 404 円 |
| 1時間以上 1時間30分未満   | 587 単位 | 5,870 円 | 587 円 |
| 1時間30分以上 2時間未満   | 669 単位 | 6,690 円 | 669 円 |
| 2時間以上 2時間30分未満   | 754 単位 | 7,540 円 | 754 円 |
| 2時間30分以上 3時間未満   | 837 単位 | 8,370 円 | 837 円 |
| 以後 30分毎に加算   | 83 単位  | 830 円   | 83 円  |
| 家事援助   |        |         |       |
| 時 間  | (単位数)  | 費 用     | 自己負担額 |
| 30分未満  | 106 単位 | 1,060 円 | 106 円 |
| 30分以上 45分未満  | 153 単位 | 1,530 円 | 153 円 |
| 45分以上 1時間未満  | 197 単位 | 1,970 円 | 197 円 |
| 1時間以上 1時間15分未満   | 239 単位 | 2,390 円 | 239 円 |
| 1時間15分以上 1時間30分未満  | 275 単位 | 2,750 円 | 275 円 |
| 以後 15分毎に加算   | 35 単位  | 350 円   | 35 円  |
| 加算   |        |         |       |
| ※ 上記金額は通常時間帯(午前8時～午後6時)の金額です。  |        |         |       |
| 早朝(午前6時～午前8時)、夜間(午後6時～午後10時)25%割増となります。  |        |         |       |
| 深夜(午後10時～午前6時)は50%割増となります。   |        |         |       |
| ※ 福祉・介護職員処遇改善加算 福祉・介護職員処遇改善特別加算 2024年5月末まで<br>介護報酬総単位数(基本サービス費+各種加算減算)×サービス別加算<br>(1単位未満の端数四捨五入)                   |        |         |       |
| ※ 福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算 (1月につき +所定単位×45/1,000) 2024年5月末まで  |        |         |       |
| ※ 福祉・介護職員等処遇改善 II 40.2% 2024年6月から<br>(福祉・介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に、以下の加算率を乗じる。<br>加算率は、サービス毎の介護職員の常勤加算職員数に基づき設定。) |        |         |       |

年 月 日

上記の内容の説明を確認し同意します。

氏 名

# 重度訪問介護利用料金(障害者総合支援法)

利用料金は、利用者から障害福祉サービス費の支給決定を行った市町村の定める給付費の定率(1割)を自己負担額として、お支払いいただくものとします。  
お支払い頂く利用料金の目安は以下の通りです。

| 基本部分                   |                   |           |          |
|------------------------|-------------------|-----------|----------|
| 時 間                    | (単位数)             | 費 用       | 自己負担額    |
| 1 時間未満                 | 186 単位            | 1,860 円   | 186 円    |
| 1 時間以上 1 時間 30 分未満     | 277 単位            | 2,770 円   | 277 円    |
| 1 時間 30 以上 2 時間未満      | 369 単位            | 3,690 円   | 369 円    |
| 2 時間以上 2 時間 30 分未満     | 461 単位            | 4,610 円   | 461 円    |
| 2 時間 30 以上 3 時間未満      | 553 単位            | 5,530 円   | 553 円    |
| 3 時間以上 3 時間 30 分未満     | 644 単位            | 6,440 円   | 644 円    |
| 3 時間 30 分以上 4 時間未満     | 736 単位            | 7,360 円   | 736 円    |
| 4 時間以上 8 時間未満(30 分毎)   | 821 単位 + (85 単位)  | + (850 円) | + (85 円) |
| 8 時間以上 12 時間未満(30 分毎)  | 1505 単位 + (85 単位) | + (850 円) | + (85 円) |
| 12 時間以上 16 時間未満(30 分毎) | 2184 単位 + (81 単位) | + (810 円) | + (81 円) |
| 16 時間以上 20 時間未満(30 分毎) | 2834 単位 + (86 単位) | + (860 円) | + (86 円) |
| 20 時間以上 24 時間未満(30 分毎) | 3520 単位 + (80 単位) | + (800 円) | + (80 円) |
| 障害区分 6 に該当する物の場合       |                   |           |          |
|                        | (単位数)             | 費 用       | 自己負担額    |
| 基本分部に加える単位             | 8.5 単位            | 85 円      | 9 円      |
| 重 度 障 害 者 等 の 場 合      |                   |           |          |
|                        | (単位数)             | 費 用       | 自己負担額    |
| 基本分部に加える単位             | 15 単位             | 150 円     | 15 円     |
| 加算                     |                   |           |          |

※ 上記金額は通常時間帯(午前 8 時～午後 6 時)の金額です。

早朝(午前 6 時～午前 8 時)、夜間(午後 6 時～午後 10 時)25%割増となります。

深夜(午後 10 時～午前 6 時)は 50%割増となります。

※ 福祉・介護職員処遇改善加算 福祉・介護職員処遇改善特別加算 2024年5月末まで

介護報酬総単位数(基本サービス費+各種加算減産)×サービス別加算 (1 単位未満の端数四捨五入)

※ 福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算 (1月につき +所定単位×45/1,000) 2024年5月末まで

※ 福祉・介護職員等処遇改善 II 32.8% 2024年6月から (福祉・介護職員等処遇改善加算を除く加減算後の総報酬単位数に、以下の加算率を乗じる。加算率は、サービス毎の介護職員の常勤加算職員数に基づき設定。)

年 月 日

上記の内容の説明を確認し同意します。

氏 名