

訪問介護サービス重要事項説明書

この重要事項説明書は、訪問介護サービス提供に際し、事業に関する人員・設備など当事業所より説明しなければならない事項を記したものです。

1 事業者

名 称 ワンダーストレージ株式会社
所 在 地 札幌市白石区南郷通 1 丁目北 8 番 1 号
 ディノス札幌白石ビル 1 階
代 表 者 代表取締役 佐藤 恵輔
電 話 011-376-1790 FAX 011-351-1730

2 サービス提供事業所

名 称 ケアサポートうるおい
所 在 地 札幌市中央区南 8 条西 3 丁目 7 番地 1
電 話 011-215-0667
F A X 011-215-0668
開設時期 平成 24 年 5 月 1 日
通常の事業の実施地域 札幌市

3 人員配置

管理者 1 名
サービス提供責任者 1 名以上
訪問介護員 3 名以上

4 サービス提供日時（営業日時）

営業日 月曜日～金曜日
 ただし国民の休日 8/13～8/15、12/30～1/3 を除く。
時 間 午前 9 時～午後 5 時
サービス提供日時 24 時間 365 日

5 事業の目的

介護保険法の趣旨に従い、可能な限り居宅で自立した生活を営むことができるように訪問介護サービスを提供いたします。

6 事業運営の方針

- ① 利用者が要介護状態になった場合、居宅にてその能力に応じた自立した日常

生活を送れるように配慮し身体介護、その他の生活全般にわたる援助を行います。

- ② 利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業所、居宅支援センター、保健医療・福祉サービスを提供する者等との連携に努めます。
- ③ 必要な時に必要な訪問介護サービスの提供ができるように努めます。
- ④ サービス事業所の人員・設備などの基準を遵守して事業を展開いたします。

7 サービスの運営

- ① 事業所は、利用者の日常生活全般の状況や希望を加味し、介護支援専門員が作成した「居宅サービス計画書」に基づいて「訪問介護計画書」を作成いたします。
- ② サービス従業者は常時、身分証を携行し利用者またはその家族より提示を求められた場合、いつでも身分証を提示いたします。
- ③ 事業所は、訪問介護計画書に定めた内容について、利用者およびその家族に説明、同意を得ます。
- ④ 事業所は、利用者の居宅にサービス従業者を派遣し、訪問介護計画書に沿ってサービスを提供いたします。
- ⑤ サービス従業者は、介護福祉士または介護職員初任者研修課程を修了した者です。
- ⑥ 訪問介護計画書が、利用者との合意をもって事業所が提供するサービス内容の変更、または介護保険の適用範囲が改正された場合は、利用者の了承を得た上で新たな内容の「訪問介護計画書」を作成し、それを以って訪問介護の内容といたします。

8 サービスの内容

生活援助 ①調理 ②衣服の洗濯 ③住居の掃除、整理整頓 ④生活必需品の買い物 ⑥その他、日常生活に必要な家事

身体介護 ①食事の介助 ②排泄の介助 ③衣服更衣の介助 ④入浴の介助 ⑤体の清拭、洗髪 ⑥その他必要な身体の介助

※ 上記の生活援助サービスは利用者を対象としたもので、ご家族のために行う行為やご家族が行うのが適当と思われる行為（ご家族の調理や洗濯等）、あるいは日常生活に支障のない行為（犬の散歩や散水、庭の雑草とり、庭木の剪定、窓拭き等）、また日常行われる家事の範囲を超える行為（正月や季節料理、大掃除、床のワックスかけ、家具の移動等）は、法律により介護保険で利用できません。

9 利用料金 ※令和 4 年 10 月現在

訪問介護					
サービス内容		基本料金	1 割負担	2 割負担	3 割負担
身体介護中心の場合	20 分未満	1,705 円/回	171 円/回	341 円/回	512 円/回
	20 分以上～	2,252 円/回～	226 円/回～	451 円/回	676 円/回～
生活援助中心の場合	20 分以上 45 分 未満	1,868 円/回	187 円/回	374 円/回	561 円/回
	45 分以上	2,297 円/回	230 円/回	460 円/回	690 円/回
身体介護と生活援助を併用した場合	身体介護 20 分以上 30 分未満に引き続き生活援助を 20 分以上 45 分未満行った場合	3,236 円/回	324 円/回	648 円/回	971 円/回
	身体介護 20 分以上 30 分未満に引き続き生活援助を 45 分以上 70 分未満行った場合	3,920 円/回	392 円/回	784 円/回	1,176 円/回
日常生活総合支援事業					
週 1 回程度の訪問が必要とされた方に対する月の上限額		12,006 円/月	1,201 円/月	2,402 円/月	3,602 円/月
週 2 回程度の訪問が必要とされた方に対する月の上限額		23,983 円/月	2,399 円/月	4,797 円/月	7,195 円/月
週 3 回程度の訪問が必要とされた方に対する月の上限額		38,052 円/月	3,806 円/月	7,611 円/月	11,416 円/月

- ① 介護保険の負担割合に関しましては、介護保険負担割合証をご確認下さい。
ただし保険給付上限を超えた利用分は全額自己負担となります。
- ② 上表の時間設定は実際のサービス時間ではなく、居宅サービス計画に定められた時間数を基準とします。
- ③ 介護ヘルパーが 2 人で訪問した場合、2 人分料金をいただきます。
- ④ サービス開始月のみ利用料金とは別に、初回加算単位料金をいただきます。
- ⑤ 通常時間帯以外のサービス提供につきましては、下表通り割増料金となります。

時間帯名	時 間 帯	割増率
早 朝	午前 6 時 ～ 午前 8 時	25%
夜 間	午後 6 時 ～ 午後 10 時	25%
深 夜	午後 10 時 ～ 午前 6 時	50%

- ⑥ 上表の設定料金その他、介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、ベースアップ加算、特定事業所加算、同一建物減算等の加算、減算を算定させていただきます。

- ⑦ 介護保険法令が改定になり利用料金に変更になった場合はそれに準じて変更いたします。

利用料金に変更になった際には、都度料金表をお知らせいたします。

加算・減算等については、介護保険法令の改定により変動が生じます。

ご不明な点は管理者およびサービス提供責任者にご確認ください。

10 交通費

サービス提供実施地域に居宅がある場合は、交通費はいただきませんが、それ以外の地域にサービス従事者が訪問する場合は、実費をいただきます。

(1) 実施地域を越えた地点から片道 10 キロメートル未満 300 円

(2) 実施地域を越えた地点から片道 10 キロメートル以上 500 円

11 支払方法

① 前月分料金の請求書（月末締）を毎月 25 日に郵送または、手渡しにてお届けいたします。

② 同請求書金額を翌月 5 日までに口座引き落とし、もしくは口座振り込みにてお支払いください。その場合の振込手数料は利用者負担とします。

12 サービス取消

利用者のご自身の都合により、サービスのキャンセルをした場合

① サービス実施日の前日午後 5 時までに連絡があった時は、キャンセル料は不要です。

② 以外の時は、キャンセル料として 2,000 円（税別）をいただきます。

13 その他

利用者の居宅にて、サービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気等の費用は利用者の負担となります。

14 秘密の保持と個人情報の保護について

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り扱いの為にガイドライン」を遵守し、適切な取り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及び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に保持させるため、従事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 個人情報の保護について	① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。 ② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物(紙によるものの他、電磁的記録を含む。)については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防汚するものとします。 ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)

15 虐待防止に関する事項

1 人権の擁護・虐待の防止のための次の措置を講ずるものとします。

- ① 虐待を防止するための従事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

2 介護サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（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、市町村に通報します。

16 身体的拘束等の禁止

- 1 サービス提供にあたり身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。
ただし、利用者自身又は他の利用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は、この限りではありません。
- 2 前項ただし書きの規定に基づき身体的拘束等の行為を行った場合には、事業所は直ちに、その日時、態様、利用者の心身の状態、緊急やむを得なかった理由、当該行為が必要と判断した職員等及び当該行為を行った職員等の氏名その他必要な事項について、サービス提供記録等に記録します。

17 事故発生時の対応

- 1 事故が発生した場合には、市町村、当該利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- 2 当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録する。
- 3 利用者に対する居宅介護等サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。
- 4 事故が生じた際には、事実の調査確認を行い原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

18 損害賠償について

- ① 事業所はサービス提供上、利用者に対し事業者の責務に帰す重大な損害を与えた場合、事業所は賠償責任を果たします。
- ② 利用者またはその家族は、利用者およびその家族の責務に帰すべき事由により、サービス従業者に対し重大な損害を及ぼしたとき、その損害賠償を請求する場合があります。

19 緊急時における対応

1 緊急等の対応方針

当事業所は、下記の対応可能時間において、利用者に緊急事態等が発生し連絡を受けたときには、職員の配置体制等を勘案して、利用者の居宅を訪問したり関係機関に連絡をしたりするなどのできる限りの対応をするよう努めます。

また、対応可能時間以外において連絡があった場合にあっては、その状況や職員の配置体制等を勘案して、できる限りの対応をするよう努めます。

2 対応可能時間

月曜日から金曜日までの 9 : 00 ~ 17 : 00

3 緊急時連絡先

ケアサポートうるおい 011-215-0667

20 解約権

契約書、第 6 条・第 7 条に該当する事由が発生した場合は、利用者・事業所共にこの契約を解約する権利があります。

21 サービス提供における相談・苦情について

① 相談・苦情窓口・24 時間対応緊急連絡

事業者の窓口	お客様相談窓口	ワンダーストレージ株式会社 総合受付
	連絡先電話番号	(011) 376-1790
	電子メール FAX	info@uruoi-gp.jp (011) 351-1730
	受付曜日・時間	午前 9 時～午後 5 時（除土日祝祭日）
市町村窓口	札幌市役所保健福祉部 高齢保健福祉部介護保険課	電話 (011) 211-2547 受付時間 8:45-17:15（除土日祝祭日）
社会福法人 窓口	北海道福祉サービス 運営適正化委員会	電話 (011) 204-6310 受付時間 9:00-17:00（除土日祝祭日）
公共団体 窓口	北海道国民健康保険団体 連合会	電話 (011) 231-5161 受付時間 8:45-17:15（除土日祝祭日）

② 苦情を解決するための手順

- ・ 苦情または相談があった場合、利用者に状況を詳細にお聞きするため、必要に応じて自宅訪問し、状況の聞き取りや事情の確認を行います。
- ・ 管理者は当事者（職員等）へ事実確認を行います。
- ・ 相談担当は状況を把握し、職員とともに検討を行い、時下の対応を決定します。
- ・ 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ対応方法を含めた結果報告を行います。（時間を要する際には、その旨を取り急ぎ連絡することとする。）
- ・ 苦情および相談については記録し保存します。

22 第三者による評価の実施状況

実施しておりません。

以上、利用者に対する訪問介護サービス提供開始にあたり、利用者および利用者の家族に対して重要事項説明書に基づき、サービス内容と重要事項について説明いたしました。

その証として本書を 2 通作成し、事業所と利用者は各 1 通ずつ保管いたします。

令和 7 年 月 日

事業者	法人名	ワンダーストレージ株式会社
	所在地	札幌市白石区南郷通 1 丁目北 8 番 1 号 ディノス札幌白石ビル 1 階
	代表者	代表取締役 佐藤 恵輔 ㊞
	事業所	ケアサポートうるおい
	所在地	札幌市中央区南 8 条西 3 丁目 7 番地 1

説明者氏名

私は、重要事項説明書に基づき事業所からサービス内容および重要事項の説明を受けました。

ご利用者	
氏 名	_____ ㊞
代理人	
氏 名	_____ ㊞ 続 柄

