

訪問介護重要事項説明書

訪問介護の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	合同会社 縁
主たる事務所の所在地	〒811-2113 福岡県糟屋郡須恵町大字須恵192番地3
代表者（職名・氏名）	代表社員 原 志穂
設 立 年 月 日	令和3年10月8日
電 話 番 号	092-932-5776

2. 事業所の概要

事業所の名称	ケアステーションまごころ		
事業所の所在地	〒813-0031 福岡市東区八田1丁目11番19-105号		
電話番号	092-692-2408		
FAX番号	092-692-2408		
指定年月日・事業所番号	令和4年2月1日指定	4070805744	
通常の事業の実施地域	福岡市 糟屋郡		
第三者評価の実施の有無	有 ・ 無	実施した直近の年月日	年 月 日
実施した評価機関の名称		評価結果の開示状況	有 ・ 無

3. 運営の方針

- ・ 訪問介護の提供に当たっては、事業所の従業者は、要介護者の心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、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、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行います。
- ・ 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健医療・福祉サービスを提供する者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。

4. 提供するサービスの内容

1 身体介護

- ① 排泄・食事介助
- ② 清拭・入浴、身体整容
- ③ 体位変換、移動・移乗介助、外出介助
- ④ 起床及び就寝介助
- ⑤ 服薬介助

- ⑥ 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助
- 2 生活援助
 - ① 掃除
 - ② 洗濯
 - ③ ベッドメイク
 - ④ 衣類の整理・被服の補修
 - ⑤ 一般的な調理、配下膳
 - ⑥ 買い物・薬の受け取り
- 3 通院等乗降介助

5. 営業日時

営 業 日	月曜日から金曜日 ただし、祝日、年末年始（12月29日から1月3日まで）及び お盆（8月13日から8月15日まで）を除きます。
営業時間	午前9時から午後6時まで ただし、利用者の希望に応じて、上記時間外でも、サービス提供可能な体制をとります。

6. 事業所の従業員の体制

（令和6年6月22日現在）

職種	常勤		非常勤	
	専従	兼務	専従	兼務
管理者	0人	1人		
サービス提供責任者	0人	1人	0人	0人
訪問介護員	0人	4人	0人	8人

7. 利用料等

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料に利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。

ただし、支払方法が償還払いとなる場合には、利用料の全額をお支払いいただきます。支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口へ提出し、後日払い戻しを受けてください。

（1）訪問介護の利用料

【基本部分：訪問介護費】

サービス種類	サービス提供時間	算定 単位	単位数	自己負担額		
				1割負担（円）	2割負担（円）	3割負担（円）
身体介護が 中心である 場合	20分未満	／回	163単位	175	349	524
	20分以上30分未満		244単位	261	522	783
	30分以上		337単位	414	828	1,242
	1時間以上1時間30分未満		567単位	607	1,214	1,820
	1時間30分以上、30分増やすごとに		82単位	88	176	264

サービス種類	サービス提供時間	算定 単位	単位数	自己負担額		
				1 割負担（円）	2 割負担（円）	3 割負担（円）
身体介護に	20 分以上 45 分未満	／回	65 単位	70	139	209
引き続き行う	45 分以上 70 分未満		130 単位	140	279	418
生活援助	70 分以上		195 単位	209	418	626
生活援助が	20 分以上 45 分未満		179 単位	192	383	575
中心である場合	45 分以上		220 単位	236	471	707
夜間もしくは 早朝の場合	夜間（午後 8 時～10 時）または 早朝（午前 6 時～8 時）の場合		所定単位数の 25／100 を加算			
または深夜の場合	深夜（午後 10 時～午前 6 時） の場合		所定単位数の 50／100 を加算			

【介護予防型訪問サービス】

項目	区分	算定 単位	単位数	自己負担額		
				1 割負担（円）	2 割負担（円）	3 割負担（円）
事業対象者 要支援 1・2	週に 1 回程度	／月	1. 176 単位	1. 259	2. 517	3. 775
	週に 2 回程度	／回	268 単位	286	574	861
要支援 2	週に 3 回以上	／月	3. 727 単位	3. 988	7. 976	11. 964
		／回	287 単位	307	614	921

【加算】

加算項目	算定 単位	単位数	自己負担額		
			1 割負担（円）	2 割負担（円）	3 割負担（円）
緊急時訪問介護加算	／回	100 単位	107	214	321
初回加算	／月	200 単位	214	428	642

（注 1）上記の基本利用料及び加算等は、厚生労働大臣が告示で定める金額（事業所の所在地が 5 級地のため、単位数に 10.7 を乗じた額）であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料等を書面でお知らせします。

（注 2）介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご留意ください。

（注 3）上記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

（注 4）上記記載の加算項目以外にも処遇改善加算などがあります。契約時に書面でお知らせします。また、新しい加算項目の追加や加算率が変わった際には書面にてお知らせします。

(2) その他の費用

交通費	通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定訪問介護を行う場合に係る費用として、通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道100円/10kmをいただきます。
-----	--

(3) キャンセル料

利用予定日の前にサービス利用の中止又は変更をすることができます。

この場合には、御利用予定日の24時間前までに事業所に申し出てください。

御利用日の24時間前までに連絡がなく、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。

ただし、利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料はいただきません。

キャンセルの時期	キャンセル料
御利用日の24時間前までに御連絡いただいた場合	料金はかかりません。
御利用日の12時間前までに御連絡いただいた場合	利用者負担金の50%の額
御利用日の12時間前までにご連絡がなかった場合	利用者負担金の100%の額

(4) 支払い方法

毎月、10日までに前月分の利用料の請求をいたしますので、25日までにお支払ください。

お支払方法は、銀行・郵便局の指定口座からの引き落とし、銀行振り込み、現金払いの中からご契約の際に選択できます。

8. サービスの利用に当たっての留意事項

- ・サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐにお申し出ください。
- ・サービス提供に当たって、訪問介護員等は次のことを受けすることはできませんので、あらかじめご了承ください。
 - ① 医療行為及び医療補助行為
 - ② 利用者の家族に対するサービス提供
 - ③ 利用者及びその家族からの金銭又は物品の授受

9. 秘密保持及び個人情報の保護

- ・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。
- ・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。
- ・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ぬ。

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

かに下記の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。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏 名 所 在 地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	

1 1. 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。

1 2. 苦情相談窓口

サービス提供に関する苦情や相談は、下記の窓口でお受けします。

(1) 事業所の窓口

事業所相談窓口	電話番号：092-692-2408 携帯番号：070-3338-0897 受付時間：月曜日から金曜日 9時から18時まで (※祝日、8月13日～15日、12月29日～1月3日を除く) 担当者名：原 志穂
---------	---

(2) その他苦情申立の窓口

苦情受付機関	福岡市福祉局介護保険課	電話 092-733-5452
	福岡県介護保険課	電話 092-643-3322
	福岡県国民健康保険団体連合会	電話 092-642-7800

1 3. 感染症対策に関する事項

事業者は、事業所において感染症の発生及びまん延しないように、次の措置を講じるものとする。

- 1 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催及びその結果について従業者への周知
- 2 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針の整備
- 3 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練の定期的な実施

1 4. 人権の擁護及び虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講ずるものとする。

- (1) 人権の擁護、虐待の防止等に関する責任者の選定及び必要な体制の整備
- (2) 成年後見制度の利用支援
- (3) 苦情解決体制の整備
- (4) 虐待の防止を啓発・普及するための従業員に対する研修の定期的な実施

(5) 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者へ周知徹底を図る。

2 職員は、利用者に対し、以下のような身体的苦痛を与え、人格を辱める等を行ってはならない。

(1) 殴る、蹴る等直接利用者の身体に侵害を与える行為。

(2) 合理的な範囲を超えて長時間一定の姿勢をとるよう求める行為及び適切な休憩時間を与えずに長時間作業を継続させる行為。

(3) 廊下に出したり、小部屋に閉じ込めるなどして叱ること。

(4) 強引に引きずるようにして連れて行く行為。

(5) 食事を与えないこと。

(6) 利用者の年齢及び健康状態からみて必要と考えられる睡眠時間を与えないこと。

(7) 乱暴な言葉使いや利用者をけなす言葉を使って、心理的苦痛を与えること。

(8) 性的な嫌がらせをすること。

(9) 当該利用者を無視すること。

(10) 利用者の言語表現及び行動特徴等を模倣して辱めること。

・虐待防止に関する責任者を選定しています。

	氏 名	連 絡 先
虐待防止に関する責任者	原 志穂	070-3338-0897
虐待防止に関する担当者	原 志穂	070-3338-0897

・行政機関

福岡市虐待通報・届出受付 専用ダイヤル	電話番号 (092) 711-4496 (24時間受付) FAX番号 (092) 738-3382
------------------------	--

15. 身体拘束の禁止

事業所は、居宅介護の提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行わないものとする。

2 事業所は、やむを得ず前項の身体拘束等を行う場合には、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など必要な事項を記録することとする。

3 事業者は、身体拘束の適正化を図るため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

(1) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者へ周知徹底を図る。

(2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備する。

(3) 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。

・身体拘束適正化に関する責任者を選定しています。

	氏 名	連 絡 先
身体拘束適正化に関する責任者	原 志穂	070-3338-0897
身体拘束適正化に関する担当者	原 志穂	070-3338-0897

16. 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する居宅介護の提供を継続的に実施するため、また非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずるものとする。

2 事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。

3 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

17. サービスの終了

次の場合にサービスは終了となります。

(1) 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の10日前までに文書でお申し出下さい。

ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間が10日以内の通知でもこの契約を解約することができます。

(2) 事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、1ヶ月前までに文書で通知します。

(3) 自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設へ入院又は入所した場合
- ・利用者の要介護状態区分が要支援又は自立となった場合
- ・利用者が死亡した場合

(4) その他

①次の場合は、利用者は文書で解約を通知することにより、直ちにサービスを終了することができます。

- ・事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・事業者が、守秘義務に反した場合
- ・事業者が、利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
- ・事業者が、倒産した場合

②その他、利用者は契約更新を希望しない場合、利用料等の変更に対して同意することができない場合には契約を解約することができます。

③次の場合は、事業者は文書で解約を通知することによって直ちにサービスを終了させていただく場合があります。

- ・利用者の利用料等の支払いが2ヶ月以上遅延し、利用料等を支払うよう催告したにも拘らず、別途定めた期限内に支払われなかった場合
- ・利用者又はその家族が事業者や従業者又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

令和 年 月 日

事業所は、利用者へのサービス提供開始に当たり、上記のとおり重要事項を説明しました。

説 明 者 所 在 地 福岡市東区八田 1 丁目 11 番 19－105 号

事業所名 ケアステーションまごころ

氏 名 _____ 印

私は、事業所より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利 用 者 住 所

氏 名 _____ 印

代 理 人 住 所

氏 名 _____ 印
利用者との（続柄： _____）

家 族 代 表 住 所

氏 名 _____ 印
利用者との（続柄： _____）