

障害福祉サービス（居宅介護等）
重要事項説明書

鈴木内科訪問介護ステーション

鈴木内科訪問介護ステーション

重要事項説明書

この訪問介護サービス重要事項説明書は_____様（以下「利用者」といいます。）と鈴木内科訪問介護ステーション（以下「事業所」といいます。）が障害福祉サービス（居宅介護等）の契約を結ぶにあたり、予め利用者とその家族様に対し運営規程の概要や勤務体制、その他を記したものです。

1. 当法人の概要

名称 医療法人社団鈴木内科医院
所在地 〒004-0844 札幌市清田区清田4条2丁目10-25
電話番号 011-882-2233
代表者 理事長 鈴木 岳

2. 事業所の概要

事業所名称 鈴木内科訪問介護ステーション
事業所所在地 〒004-0843 札幌市清田区清田3条2丁目14-12
電話番号 011-887-8706
指定事業所番号 0110901816
サービス提供地域 札幌市全域・北広島市全域
管理者 北川 拓哉
開設年月日 令和6年1月1日

職員体制

職 種		常勤	非常勤	計
管理者		1名		1名
サービス提供責任者		3名		3名
訪問 介護員	介護福祉士		6名	6名
	初任者研修（ヘルパー2級）		4名	4名
	実務者研修			
	その他			

（営業日および営業時間）

事業所の営業日及び営業時間は次のとおりとします。

- （1）営業日 月曜日から日曜日
- （2）営業時間 午前9時00分から午後6時00分
- （3）連絡体制 営業時間内は連絡が可能

3. 事業の目的及び運営方針

(事業目的)

本事業は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する指定居宅介護、指定重度訪問介護、の事業の適正な運営を確保するために必要な人員及び管理運営に関する事項を定め、利用者に対して適切なサービスを提供、支援を行うことを目的とします。

(運営方針)

- (1) 本事業所において提供する障害福祉サービスは、利用者又は障害児の保護者の意思及び人格を尊重し、常に利用者又は障害児の保護者の立場に立ってサービスの提供を行います。
- (2) 訪問介護サービスは、利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止に沿った目標を設定して行うものとします。
- (3) 利用者およびその家族に対し、サービス内容および提供方法について解りやすく説明することに努めます。
- (4) 障害福祉サービスにあたる訪問介護員は利用者の心身の状況を把握しつつ、その置かれる環境についても把握に努め、その有する能力に応じて自立した生活を送られるよう、入浴、排せつ、食事の介護、その他生活全般にわたる支援を行います。
- (5) 提供したサービスの質の評価を定期的に行い、その改善を図ります。
- (6) 事業の実施のあたっては、居宅介護支援事業所・包括支援センター・保健医療サービス及び福祉サービス等との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. サービス内容

- (1) 身体介護（食事介助、入浴介助、排泄介助、清拭、体位変換等、利用者の身体に直接接触して行う介助）並びに、これを行うために必要な準備および後始末、並びに利用者の日常生活を営むのに必要な機能の向上等のための介助および専門的な援助を行います。
- (2) 生活援助（調理、掃除、洗濯等、身体介護以外の利用者本人の日常生活の支援）を行います
- (3) 事業所は、訪問介護員を利用者の居宅に派遣し、「サービス計画書」に沿ってサービス提供します。

5. 利用料金

介護給付費によるサービスを提供した際は、事業者が介護給付費等の給付を市町村から直接受け取る（代理受領する）場合、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める基準により算出した額）のうち利用者負担分（サービス利用料金全体の1割を上限）を事業者にお支払いただきます。

サービスの種類時間等		利用料	自己負担額上限
身体介護	30分未満	2,606円	260円
	30分以上1時間未満	4,112円	411円
	1時間以上1時間30分未満	5,975円	597円
	1時間30分以上2時間未満	6,810円	681円
	2時間以上2時間30分未満	7,675円	767円
	2時間30分以上3時間未満	8,520円	852円
	3時間以上	9,375円	937円
	3時間以上30分増すごとに加算	844円	84円
(身体介護を伴う場合) 通院等介助	30分未満	2,606円	260円
	30分以上1時間未満	4,112円	411円
	1時間以上1時間30分未満	5,975円	597円
	1時間30分以上2時間未満	6,810円	681円
	2時間以上2時間30分未満	7,675円	767円
	2時間30分以上3時間未満	8,520円	852円
	3時間以上	9,375円	937円
	3時間以上30分増すごとに加算	844円	84円
家事援助	30分未満	1,079円	107円
	30分以上45分未満	1,557円	155円
	45分以上1時間未満	2,005円	200円
	1時間以上1時間15分未満	2,433円	243円
	1時間15分以上1時間30分未満	2,799円	279円
	1時間30分以上	3,165円	316円
	1時間30分以上15分増すごとに加算	356円	35円
	(身体介護を伴わない場合) 通院等介助	30分未満	1,079円
30分以上1時間未満		2,005円	200円
1時間以上1時間30分未満		2,799円	279円
1時間30分以上		3,512円	351円
1時間30分以上30分増すごとに加算		702円	70円
度重	1時間未満	1,893円	189円

	1 時間以上 1 時間 30 分未満	2,819 円	281 円
	1 時間 30 分以上 2 時間未満	3,756 円	375 円
	2 時間以上 2 時間 30 分未満	4,692 円	469 円
	2 時間 30 分以上 3 時間未満	5,629 円	562 円
	3 時間以上 3 時間 30 分未満	6,555 円	655 円
	3 時間 30 分以上 4 時間未満	7,492 円	749 円
	4 時間以上 8 時間未満	8,357 円に 30 分増すごとに 865 円加算	835 円に 30 分増すごとに 86 円加算
	8 時間以上 12 時間未満	15,320 円に 30 分増すごとに 865 円加算	1,532 円に 30 分増すごとに 86 円加算
	12 時間以上 16 時間未満	22,233 円に 30 分増すごとに 824 円加算	2,223 円に 30 分増すごとに 82 円加算
	16 時間以上 20 時間未満	28,850 円に 30 分増すごとに 875 円加算	2,885 円に 30 分増すごとに 87 円加算
	20 時間以上 24 時間未満	35,833 円に 30 分増すごとに 814 円加算	3,583 円に 30 分増すごとに 81 円加算
同行 援護	30 分未満	1,944 円	194 円
	30 分以上 1 時間未満	3,074 円	307 円
	1 時間以上 1 時間 30 分未満	4,438 円	443 円
	1 時間 30 分以上 2 時間未満	5,100 円	510 円
	2 時間以上 2 時間 30 分未満	5,761 円	576 円
	2 時間 30 分以上 3 時間未満	6,433 円	643 円
	3 時間以上	7,095 円	709 円
	3 時間以上 30 分増すごとに加算	671 円	67 円
行動 援護	30 分未満	2,931 円	293 円
	30 分以上 1 時間未満	4,448 円	444 円
	1 時間以上 1 時間 30 分未満	6,301 円	630 円
	1 時間 30 分以上 2 時間未満	7,757 円	775 円
	2 時間以上 2 時間 30 分未満	9,212 円	921 円
	2 時間 30 分以上 3 時間未満	10,658 円	1,065 円
	3 時間以上 3 時間 30 分未満	12,124 円	1,212 円

※「身体介護」と「生活支援」が混合する場合はそれぞれの時間数により料金が変わります。

<注意事項>

料金は、1 カ月間にご利用されたサービスの介護給付費単位数の合計に介護給付費 1 単位

に対する単価10,18円を乗じ、1円未満を切り捨てた金額となります。

<利用者負担額>

居宅介護サービスに係る利用者負担額は、居宅介護サービスに要した総費用額の1割になります。(市区町村が定める利用者負担上限月額を限度とします。)また、居宅介護サービスに要した総費用額から利用者負担額を差し引いた額を介護給付費として事業者が受領します。

<加算単位数>

下記に該当する場合は、上記の料金に加算を追加、算定いたします。

		単位数	利用料 (円)	利用者負担額 (円)
夜間早朝加算	夜間(18時~22時)、早朝(6時~8時)に支援を行った場合に算定	①の単位数に25%を加算		
深夜加算	深夜(22時~6時)に支援を行った場合に算定	①の単位数に50%を加算		
緊急時対応加算	居宅介護支援計画に位置付けられていない居宅介護を利用者の要請を受けて24時間以内に行った場合に算定	1回につき 100	1回につき 1,018	1回につき 101
初回加算	新規に居宅介護計画を作成した利用者に対して、初回又は初回に属する月に、サービス提供責任者が居宅サービスを提供した場合又は従業者のサービスに同行した場合に算定	1月につき 200	1月につき 2,036	1月につき 203
喀痰吸引等支援体制加算	喀痰吸引等に関する認定特定行為業務従事者である介護職員等が、痰の吸引等を実施した場合に算定	1日につき 100	1日につき 1,018	1日につき 101
利用者負担上限額管理加算	利用者の負担額合計額の管理を行った場合に算定	1月につき 150	1月につき 1,527	1月につき 152
福祉専門職員等連携加算	サービス提供責任者が、精神障害者等の特性に精通する専門職と連携して、利用者の心身の状況等を共同で評価したうえで、居宅介護計画を作成し、サービスを提供した場合に算定。(90日以内に3回まで)	1回につき 564	1回につき 5,741	1回につき 574
行動障害支援連携加算	サービス提供責任者が、支援計画シート及び支援手順書兼記録用紙の作成者と連携して、利用者の心身の状況等を	1回につき 584	1回につき 5,945	1回につき 594

	共同で評価したうえで、居宅介護計画を作成し、サービスを提供した場合に算定。(30日以内に1回まで)			
福祉・介護職員等 処遇改善加算(Ⅱ)	加算額に相当する福祉・介護職員の賃金改善を行っている等の他、キャリアパス要件Ⅰ～Ⅲの全て及び職場環境等要件を満たす場合に算定	居宅介護	所定単位の40.2%を加算	
		重度訪問介護	所定単位の32.8%を加算	
		同行援護	所定単位の40.2%を加算	
		行動援護	所定単位の36.7%を加算	

尚、2人の訪問介護員が同時に1人の利用者に対して指定訪問介護を行った時は所定単位数の100分の200に相当する単位数を算定します。

(1) 交通費

上記2. 事業所の概要にあるサービス提供地域は無料です。それ以外の地域については指定訪問介護に要した交通費を実費で頂きます。

尚、自動車を使用した場合の交通費は次のとおりです。

①通常の実施地域を超えた地点から片道10キロメートル未満 400円

②通常の実施地域を超えた地点から片道10キロメートル以上 600円

※費用を受ける場合には、利用者またはその家族に対して事前に文書で説明し、支払いに同意する旨の文書に署名(記入押印)を頂いたうえで徴収いたします。

(2) 料金の支払い方法

月ごとの清算とし、毎月末で締め、翌月10日前後に請求いたしますので、請求月の月末までに現金または口座振替、銀行振込にてお支払い下さい。尚、口座振替、または振込手数料は利用者負担となります。

- ・振込先 北洋銀行清田区役所前支店
- ・口座番号 0041269 (普通口座)
- ・口座名 医療法人社団鈴木内科医院 理事長 鈴木 岳

<キャンセル規定>

サービスの利用をキャンセルする際には、すみやかに当事業所までご連絡下さい。サービス利用日前日の正午を過ぎた連絡の場合は、以下に定めるキャンセル料が発生します。(但し、急な容体の変化や緊急でやむを得ない事由がある場合、キャンセル料はいただきません。)尚、キャンセル料は実費負担となります。

キャンセル料

サービス利用日の前日正午まで	無料
サービス利用者の前日正午以降	1回1200円

6. サービスのご利用についての注意事項

- (1) サービスの提供にあたっては、当ステーションが選任した訪問介護員がサービスを行います。利用者は訪問介護員を指名することは出来ません。
- (2) 選任された訪問介護員の交代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、その他交代を希望する理由を明らかにして交代を申し出ることが出来ます。また、事業者の都合により訪問介護員を交代することがあります。その場合、利用者に対してサービスご利用上不利益が生じないよう十分配慮して致します。
- (3) 利用者の居宅で、サービスを提供するために水道、ガス、電気等を使用させて頂くことがあります。

7. 秘密保持

- (1) 当事業所の訪問介護員は、正当な理由なくその業務上知り得た利用者および家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当事業所の訪問介護員であった者は、退職後も正当な理由なくその業務上知り得た利用者および家族の秘密を漏らしません。
- (3) 利用者またはその家族に関する個人情報を、居宅介護サービスを円滑に行うため主治医や他の医療機関・介護支援専門員や他のサービス機関との連携のために使用する際は、利用者又はその家族に、予め説明し厳正な管理の下で安全な取扱いに努めます。

8. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせに従い、家族、主治医、救急隊、居宅介護支援事業者等へ連絡致します。

9. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者にかかる市町村、ご家族様、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。また、事故の状況および事故に際して行った処置について記録するとともに、その原因を防ぐための対策を講じます。

10. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「障害者（児）施設における虐待の防止について」（平成17年10月20日障発第1020001号厚生労働省社会援護局障害保健福祉部長通知）に準じた取扱いをするとともに、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	北川 拓哉
-------------	-------

- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

1 1. サービス内容に関する苦情

(1) 当ステーションの苦情窓口

担当者 北川 拓哉

責任者 鈴木 岳

電話番号 011-887-8706

受付時間 午前9時00分から午後6時00分（月曜日～日曜日）

(2) 苦情処理体制

- ・利用者、またはその家族からの苦情に対しての受付窓口担当者を置き、対応を行います。
- ・訪問介護員は管理者に報告し、また、管理者が直接苦情を受けた場合には苦情検討会議を開催し、速やかに対応を講じます。
- ・対応の経過および結果については、管理者により関係者へ説明、報告を行います。
尚、対応に関する経過を記録として保管します。

(3) 外部の苦情申し立て機関苦情窓口

※当ステーションで解決できない苦情は、次の機関に申し立てることが出来ます

札幌市福祉サービス苦情相談センター	札幌市中央区大通西19丁目 (011) 632-0550
北海道国民健康保険団体連合会	札幌市中央区南2条西14丁目 (011) 231-5161
北海道福祉サービス運営適正化委員会	札幌市中央区北2条西7丁目 (011) 204-6310

令和 7年 12月 8日

説明者

事業所名 鈴木内科訪問介護ステーション

担当者名 北川 拓哉

利用者

私は本書面に基づいて事業所から訪問介護サービスについて重要事項の説明を受けました。

住所 北海道札幌市清田区里塚2条3丁目10-10番地

氏名 _____ 印

署名代行者

住所 _____

氏名 _____ 印

署名代行の理由

書字困難のため 体調不良のため 手が震えるため

目が見えにくいため その他 (_____)

個人情報提供に関する同意書

私は、次の場合に際し、個人および家族の情報を必要最小限の範囲において事業所又は主治医に提供することに同意します。

1. 利用者に居宅サービスを提供する他のサービス事業者や、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所の介護支援専門員との連携等において、利用者の生活についての検討をする場合。
2. 当事業所の訪問サービス利用中に病院受診(緊急)、または入院、他施設入所の必要が発生し、情報提供を求められた場合。
3. 前項事項の退院、退所後の在宅生活のために必要な生活状況を情報提供する場合。
4. 他市町村より情報提供の依頼があった場合。
5. 損害賠償保険などに係る保険会社への相談又は届出等に必要な場合。
6. 外部監査機関へ情報提供する場合。
7. 当法人所有のホストコンピューター及びソフト等のメンテナンス時において、管理会社がやむを得ず情報を閲覧する必要がある場合。

以上

医療法人社団鈴木内科

代表者 鈴木 岳

令和 7 年 12 月 8 日

ご利用者名 _____ 印

ご家族様名 _____ 印

(続柄: _____)

署名代行者 氏名 _____ 印

署名代行の理由

- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 書字困難のため | <input type="checkbox"/> 体調不良のため |
| <input type="checkbox"/> 手が震えるため | <input type="checkbox"/> 目が見えにくいため |
| <input type="checkbox"/> その他 (| |