

介護予防・日常生活支援総合事業  
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「介護予防・日常生活支援総合事業」重要事項説明書は \_\_\_\_\_ 様（以下「利用者」と表記）と鈴木内科訪問介護ステーション（以下「事業所」と表記）が「介護予防・日常生活支援総合事業」に契約を結ぶにあたり、予め利用者とその家族に対し運営規定の概要や勤務体制、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 0170509301  
サービス提供地域 札幌市・北広島市全域  
管理者 北川 拓哉  
開設年月日 平成25年11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		2名		2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			

(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18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、利用者が要支援状態となった場合において、その有する能力に応じ、可能な限り自立して安心と尊厳のある生活を営むことができるように配慮して、入浴、排泄、食事等の介護やその他の日常生活上の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介護予防・日常型生活支援総合事業サービスは介護保険法並びに関係する厚生労働省、告示の趣旨及び内容に沿ったものとします。
- (2) 介護予防・日常型生活支援総合事業サービスは利用者の要支援状態の軽減若しくは悪化の防止、または要介護状態になることを予防し、それ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) 介護予防・日常型生活支援総合事業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。

## 5. 利用料金

### 介護予防・日常型生活支援総合事業サービス

類型	サービス区分		単価（単位）	利用回数（上限）	
訪問介護 相当型	事業対象 者、要支 援1・2	週 1 回 程 度	45分未満	205 単位/回	月 4 回
			45～60分未満	277 単位/回	月 4 回
			60分以上	287 単位/回	月 3 回
			週 1 回（月額）	1176 単位/月	—
		週 2 回 程 度	45分未満	205 単位/回	月 8 回
			45～60分未満	277 単位/回	月 8 回
			60分以上	287 単位/回	月 7 回
			週 2 回（月額）	2349 単位/回	—
	要支援 2	週 2 回を超える	3727 単位/月	—	

#### <注意事項>

実際の料金は、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10,21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>

介護予防・日常型生活支援総合事業サービスが公的介護保険の適用を受ける場合、利用者の負担額は原則として介護保険による給付金額を差し引いた差額分（1円未満は切り捨て）となります。

負担額は介護保険負担割合証に記載のとおり（1割もしくは2割）となります。

- ・初回加算 ⇒ 200 単位/月

利用者が過去2カ月に当該指定訪問介護事業所から指定訪問介護の提供を受けていない場合に、新規に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自ら訪問介護を行う場合または他の訪問介護員が介護予防・日常型生活支援総合事業サービスを提供する際に同行訪問した場合、1月につき所定単位数を加算します。

- ・福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅱ ⇒ 22.4%

介護職員の賃金の改善等を目的に、介護職員処遇改善交付金終了後、賃金改善継続の観点から、当交付金を円滑に介護報酬に移行することを目的とし、利用者に対し、介護予防・日常型生活支援総合事業サービスを行った場合に所定単位数を加算します。

- ・同一建物減算 ⇒ 10%

事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住している場合に、1月につき所定の率を減算します。

## (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介護予防・日常型生活支援総合事業サービス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口座振替、銀行振込にてお支払い下さい。尚、口座振替、銀行振込の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在職中・退職後も漏洩しません。

(2)利用者またはその家族に関する個人情報や居宅介護サービスおよび介護予防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. 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～午後18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



## 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. 当事業所の介護予防・日常型生活支援総合事業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 様

令和 8年 月 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 ( _____ ) |                                    |