

# 重要事項説明書

(訪問介護)

社会福祉法人 徳美会  
寿都訪問介護センター

寿都町指定 第0182100024号 訪問介護（介護保険事業）  
寿都町指定 第0142110022号 訪問介護（総合事業）  
寿都町指定 第0142110022号 共生型居宅介護（障害者総合支援法）

令和7年6月18日現在

この「重要事項説明書」は、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）」第8条の規定、障害者総合支援法「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第171号）」第9条の規定に基づき、訪問介護サービス・共生型居宅介護サービス提供契約締結に際して、事業者が予め説明しなければならない内容を記したものです。

## 1 訪問介護サービス及び第1号訪問事業を提供する事業者

- (1) 事業者名 社会福祉法人 徳美会
- (2) 代表者氏名 理事長 徳野 幸代
- (3) 設立年月日 昭和28年9月4日
- (4) 所在地 寿都郡寿都町字歌棄町歌棄72番地
- (5) 連絡先 電話番号 0136-64-5619
- (6) 介護保険指定事業者番号 介護保険 事業者番号（寿都町指定0182100024号）  
総合事業 事業者番号（寿都町指定0172100059号）
- (7) 指定年月日 令和3年4月1日
- (8) 指定障害福祉サービス事業者番号 障害者総合支援番号（指定番号0142110022号）
- (9) 指定年月日 令和3年4月1日

## 2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所

### (1) 事業所の所在地等

- ・事業所名 寿都訪問介護センター
- ・事業所管理者 所長 有田 美智子
- ・所在地 寿都郡寿都町字開進町50番地
- ・連絡先 電話番号 0136-75-7632  
FAX 番号 0136-75-7665
- ・事業実施地域 サービス利用は寿都町内の区域とします。

### (2) 事業の目的および運営方針

#### （事業の目的）

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、適正な訪問介護サービス及び第一種通所事業及び共生型居宅介護サービスを提供することを目的とします。

#### （運営方針）

事業の実施にあたっては、利用者の心身の特性を踏まえ、利用者の意思および人格を尊重して、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。関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス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。

### (3) サービス提供可能な日と時間帯

- ・営業日 毎週月曜日から日曜日
- ・訪問時間 午前8時00分から午後6時00分まで

### (4) 事業所窓口の営業日及び営業時間

- ・営業日 毎週月曜日から日曜日
- ・営業時間 午前8時00分から午後6時00分まで

(5) 職員体制

職種	職務内容	人員数（常勤）	人員数（非常勤）
管理者	当事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に法令を遵守させるための必要な指揮命令を行います。	1名 （兼務）	
サービス提供責任者	当事業所に対する指定訪問介護の利用の申込に係る調整、訪問介護員に対する技術指導等サービス内容の管理、訪問介護計画及び介護予防訪問介護計画、の作成等を行います。	1名 （訪問介護員兼務）	
訪問介護職員	指定訪問介護サービス及び第1種通所事業の提供を行います。	2名（内兼務職員1名、介護福祉士1名、初任者研修修了者1名）	1名 看護師

### 3 提供するサービスの内容と料金および利用料について

#### (1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サービスの内容	
身体介護	食事介助	ご本人ができない部分の食事の支援を行います。
	入浴介助	部分浴・全身浴・洗髪・シャワー浴・洗面等の支援を行います。
	排せつ介助	歩行困難により、自力でのトイレ利用ができない方のお手伝いを行います。
	清拭	入浴が難しい方に対して、身体の保清ができるよう支援を行います
	洗顔	洗顔への支援を行います。(タオルの準備等)
	口腔ケア	口腔内を保清できるよう支援を行います。 (入れ歯の手入れ、歯みがきうがい等)
	身体整容	爪きり、耳掃除等を行います。
	整髪	髪を整えたり、簡単な化粧のお手伝いを行います。
	ひげそり	ひげそりの支援を行います。
	更衣介助	衣服の着替えの支援を行います。
	体位変換	ベッドや、椅子で適切な身体の位置、姿勢を保てるよう支援を行います。
	移乗・移動介助	ベッド、ソファ、車椅子等の移乗の支援を行います。 自力移動が困難な方には、車椅子を押し・手を引く等の支援を行います。
	通院介助	通院時の行き帰りの支援を行います。
	外出介助	外出の際に同行し、事故のないよう支援を行います。
	起床・就寝介助	寝起きの際に声かけ等や、就寝時薬の服用の促し、服薬確認の支援を行います。
	服薬介助	服薬の促し、服薬の支援を行います。
自立支援	自立支援のための日常生活上の見守り支援を行います。 (掃除、洗濯、調理等)	
生活援助	掃除	居室内やトイレ、卓上等の清掃 ゴミ出し等の支援を行います。
	洗濯	洗濯機または手洗いによる洗濯、洗濯物の乾燥、アイロンがけ等の支援を行います。
	ベッドメイク	シーツ、布団カバーの交換等の支援を行います。
	衣類の整理 被服の補修	夏・冬物等の入れ替え、ボタンつけ、破れの補修等の支援を行います。
	調理	一般的な調理、配膳、片付けの支援を行います。
	買物	日用品等の買物、(内容の確認、品物、釣り銭の確認)の支援を行います。
	薬の受取り	薬の内容の確認と受取りの支援を行います。
	診察券入れ	病院受診のための受付の支援を行います。
	その他	書類の代筆等の支援を行います。

(2) 提供するサービスの料金とその利用料

寿都町の基準該当サービスのため厚生労働大臣が定める基準に対して 90%の算定した金額であり、当該訪問介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

加算名称		単位数	自己負担額 (1割負担)	特別地域訪問介護加算 (15%)	自己負担額 合計 (1割負担)	説明・提供時間
身体介護	身体介護 01	147 単位/回	147 円	22 円	169 円	身体介護を 20 分未満行ったとき
	身体介護 1	220 単位/回	220 円	33 円	253 円	身体介護を 20 分以上 30 分未満行ったとき
	身体介護 2	348 単位/回	348 円	52 円	400 円	身体介護を 30 分以上 1 時間未満行ったとき。
	身体介護 3	510 単位/回	510 円	77 円	587 円	身体介護を 1 時間以上 1 時間 30 分未満行ったとき
		74 単位/ 30 分増すごと	74 円/30 分 増すごと	11 円	85 円	身体介護を 1 時間 30 分以上行ったとき。 身体介護 3 (587 円) を基準に 30 分増すごとに加算します。
生活援助	生活援助 2	161 単位/回	161 円	24 円	185 円	生活援助を 20 分以上 45 分未満行ったとき
	生活援助 3	198 単位/回	198 円	30 円	228 円	生活援助を 45 分以上行ったとき
身体介護+生活援助	身体   生活 1	278 単位/回	278 円	42 円	320 円	身体介護を 20 分以上 30 分未満に引き続き生活援助 20 分以上 45 分未満行ったとき
	身体   生活 2	337 単位	337 円	50 円	387 円	身体介護を 20 分以上 30 分未満に引き続き生活援助 45 分以上 70 分未満行ったとき
初回加算		180 単位/回	180 円/回		180 円	・初めてサービスを利用した月のみ算定します。
緊急時訪問介護加算		90 単位/回	90 円		90 円	・利用者や家族等からの依頼があり、サービス利用の予定がなくとも、訪問し支援を行ったときに算定します

<p>介護職員等処遇改善加算Ⅰ</p>	<p>介護保険給付の総単位数に24.5%を乗じた金額</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 次の要件をすべて満たし、介護職員等の賃金や、職場環境の改善を行っていること。</li> <li>・ 職位・職責・職務内容等に応じた任意要件と、賃金体制を整備すること。(キャリアパス)</li> <li>・ 資質向上のため計画を策定し研修の実施または研修の機会を確保すること。</li> <li>・ 経験もしくは資格等に応じて、昇給する仕組みまたは一定の基準に基づき、定期的に昇給する仕組みをもうけること</li> </ul> <p>※就業規則等の明確な書面での整備し、すべての職員へ周知すること。職場環境等の改善に努めること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 処遇改善加算の職場環境等に関し、複数の取組を行っていること。</li> <li>・ 処遇改善加算に基づく取組について、ホームページ等を通じた見える化を行っていること。</li> <li>・ 賃上げ効果を継続に資するよう、加算額の2/3は基本給のベースアップ等の引き上げに使用すること。</li> </ul>
---------------------	--------------------------------	---

※上記の自己負担額は昼間利用の場合です。早朝、夜間、深夜は下記のとおり加算となります。

提供時間帯名	早 朝	昼 間	夜 間	深 夜
時間帯	午前6時から 午前8時まで	午前8時から 午後6時まで	午後6時から 午後10時まで	午後10時から 午前6時まで
加算額	25%	-	25%	50%

※上記料金に対して介護保険負担割合表の負担割合（1～3割）が利用者負担額です。

※ 円未満の端数処理の関係で、複数回利用した場合の利用料等に変更が生ずることがあります。

※ 所得等により利用料（原則10%・20%・30%分）が減額になる場合があります。

※ 「サービスに要する時間」は、そのサービスを実施するために厚生労働省で定められた標準的な所要時間です。

※ 提供時間数は、実際のサービス提供時間ではなく、居宅サービス計画に定める時間数によるものとします。

※ やむを得ない事情で、かつ、利用者の同意を得て2人で訪問しサービスを提供した場合は、2人分の料金となります。

※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

※ 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご利用者の負担となります。

(3) 第1号訪問介護事業利用料 (ひと月につき)

サービス項目	対象者	単位数	自己負担額(1割負担)	特別地域介護予防訪問介護加算(15%)	自己負担額合計(1割負担)	
訪問型独自サービス11	要支援1・2	1,176 単位/月	1,176 円	176 円	1,352 円	介護予防訪問介護費(I)
訪問型独自サービス12	要支援1・2	2,349 単位/月	2,349 円	352 円	2,701 円	
訪問型独自サービス13	要支援2	3,727 単位/月	3,727 円	559 円	4,286 円	
訪問型独自サービス初回加算地域等提供加算	要支援1・2	180 単位/回	180 円/回		180 円	・初めてサービスを利用した月のみ算定します。

<p>訪問型独自サービス処遇改善加算I</p>	<p>介護保険給付の総単位数に24.5%を乗じた金額</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・次の要件をすべて満たし、介護職員等の賃金や、職場環境の改善を行っていること。</li> <li>・職位・職責・職務内容等に応じた任意要件と、賃金体制を整備すること。(キャリアパス)</li> <li>・資質向上のため計画を策定し研修の実施または研修の機会を確保すること。</li> <li>・経験もしくは資格等に応じて、昇給する仕組みまたは一定の基準に基づき、定期に昇給する仕組みをもうけること</li> </ul> <p>※就業規則等の明確な書面での整備し、すべての職員へ周知すること。職場環境等の改善に努めること。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・処遇改善加算の職場環境等に関し、複数の取組を行っていること。</li> <li>・処遇改善加算に基づく取組について、ホームページ等を通じた見える化を行っていること。</li> <li>・賃上げ効果を継続に資するよう、加算額の2/3は基本給のベースアップ等の引き上げに使用すること。</li> </ul>
-------------------------	--------------------------------	---

(4) 共生型居宅介護サービス費

サービス項目		単位数	自己負担額 (1割負担)	特別地域 加算 (15%)	利用料金
居宅における 身体介護	30分未満	230単位/回	230円	35円	265円
	30分以上 1時間未満	363単位/回	363円	54円	417円
	1時間以上 1時間30分 未満	528単位/回	528円	79円	607円
家事援助	30分未満	95単位/回	95円	14円	109円
	30分以上45 分未満	138単位/回	138円	21円	159円

※共生型サービス費に対して、処遇改善加算 27.4%加算されます。

※共生型サービス費に対して、福祉・介護職員等ベースアップ等  
支援加算 4.5%が加算されます。

4 その他の費用について

(1) 利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、交通費の実費を請求いたします。  
ただし、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を請求いたします。

- ①事業所から、片道おおむね 15 キロメートル未満 350 円
- ②事業所から、片道おおむね 15 キロメートル以上の場合 1 キロメートルにつき 20 円  
を加算

(2) 利用者の都合によりサービスの利用を中止する場合、下記のキャンセル料を請求いたします。

- ① ご利用日の前営業日午後 6 時までにご連絡いただいた場合) 無料
- ② ①以外の場合) 1 提供あたりの利用料 (利用者負担金) の 100%

※ ただし、利用者の急な入院等、やむを得ない場合にはキャンセル料はいただきません。

5 利用料金のお支払い方法

前記 3、4 の料金・費用は、1 か月ごとに計算しご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1 か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

①窓口での現金支払い

②下記の指定口座への振り込み

北海道信用金庫 寿都支店 普通預金 0535428

ゆうちょ銀行

ゆうちょ銀行から振り込む場合) 記号 19030 番号 28107191

他行から振り込む場合) 店名 九〇八 店番 908 普通預金 2810719

口座名義 社会福祉法人 徳美会

寿都訪問介護センター 所長 有田 美智子

③郵便局口座からの自動引き落とし

## 6 サービスの利用に関する留意事項

### (1) サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。

ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

### (2) 訪問介護員の交替

#### ① ご利用者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替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替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。ただし、ご利用者から特定の訪問介護員の指名はできません。

#### ② 事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。

訪問介護員を交替する場合は、ご利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

### (3) サービス実施時の留意事項

#### ① 利用者又はその家族は、体調の変化があった際には事業所の従業員にご一報ください。

#### ② 定められた業務以外の禁止

ご利用者は、当事業所が提供するサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

#### ③ 訪問介護サービス及び第Ⅰ種通所事業の実施に関する指示・命令

訪問介護サービス及び第Ⅰ種通所事業の実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。ただし、事業者は訪問介護サービス及び第Ⅰ種通所事業の実施にあたってご利用者の事情・意向等に十分配慮するものとします。

#### ④ 備品等の使用

訪問介護サービス及び第Ⅰ種通所事業実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

### (4) サービス内容の変更

サービス利用当日に、ご利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

### (5) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、ご利用者に対する訪問介護サービス及び第Ⅰ号訪問介護事業の提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

#### ① 医療行為

#### ② ご利用者もしくはその家族等からの金銭又は高価な物品の授受

#### ③ ご利用者の家族等に対する訪問介護サービス及び第Ⅰ種通所事業の提供

#### ④ 飲酒及びご利用者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙

#### ⑤ ご利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

その他ご利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為

## 7 秘密の保持と個人情報の保護について

- (1) 事業者及び従業員は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
- (2) 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ん。また、利用者の家族の個人情報についても同様です。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止するものとし、ます。

## 8 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連絡を密にし、とるべき措置についてあらかじめ消防計画に基づき、従業員等の訓練を行います。

## 9 緊急時の対応方法について

サービス提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、その他必要な場合には、速やかに利用者の主治医及び関係機関等に連絡をするとともに、予め指定する利用者の家族にも連絡するなど必要な措置を講じます。

## 10 損害賠償について

事業者は、サービス提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由によりご利用者の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合は、ご利用者に対して速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、ご利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

## 11 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、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について記録します。

## 12 相談窓口・苦情処理

- (1) サービス提供に関する相談や苦情については下記の窓口で受け付けいたします。

寿都訪問介護センター 担当 サービス提供責任者 田中 みゆき	所在地 寿都郡寿都町字開進町 50 番地 電話番号 0136-75-7632 Fax 番号 0136-75-7665 対応時間 8:30~17:30
寿都在宅介護支援センター (居宅介護支援事業所) 担当 介護支援専門員 蛸名 奈々	所在地 寿都郡寿都町字開進町 50 番地 電話番号 0136-75-7632 Fax 番号 0136-75-7665 対応時間 8:30~17:30

第三者委員会 押見 孝	住 所 寿都郡寿都町字歌棄町歌棄 447 番地 電話番号 0136-64-5164
----------------	--

(2) 次の、公的機関等においても相談・苦情等の申し立てを受け付けています。

寿都町介護保険相談窓口 (寿都町役場町民課) 受付対応時間 9:00~17:00	所在地 寿都郡寿都町字渡島町 140 番地 電話番号 0136-62-2511 Fax 番号 0136-62-3431
寿都町社会福祉協議会 受付対応時間 9:00~17:00	所在地 寿都郡寿都町字新栄町 166 番地 電話番号 0136-75-7666 Fax 番号 0136-75-7878
北海道国民健康保険団体連合会	所在地 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館 電話番号 011-231-5161 Fax 番号 011-233-2178
北海道介護保険審査会 (北海道保健福祉部高齢者保健 福祉課介護保険審査会事務局)	所在地 札幌市中央区北3条西6丁目(道庁6階) 電話番号 011-231-4111 内線 25-661 Fax 番号 011-232-8308
北海道福祉サービス運営適正化委員 会	所在地 札幌市中央区北2条西7丁目かでの2・7 電話番号 011-204-6310 Fax 番号 011-204-6311
後志総合振興局 保健福祉室社会福祉課 保険指導係	所在地 虻田郡倶知安町北1条東2丁目 電話番号 0136-23-1936 Fax 番号 0136-22-5846

### 13 協力医療機関等

事業者は、下記の医療機関や歯科医院の協力をいただき、利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応を依頼しております。

(協力医療機関)

名称 寿都町立寿都診療所

住所 寿都郡寿都町字渡島町 72 番地 2

(協力歯科医療機関)

名称 医療法人社団 杏柚会 寿都歯科医院

住所 寿都郡寿都町字渡島町 72 番地 7

### 14 サービス第三者評価の実施状況

実施の有無 「未受審」

事業者

事業者名 社会福祉法人 徳美会  
住 所 寿都郡寿都町字歌棄町歌棄 72 番地  
代表者名 理事長 徳野 智信

事業所

事業所名 社会福祉法人 徳美会  
寿都訪問介護支援センター  
住 所 寿都郡寿都町字歌棄町歌棄 48 番地 2  
管理者名 所長 有田 美智子

上記内容について、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）」第 8 条の規定、障害者総合支援法「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 171 号）」第 9 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

説明者 職・氏名 \_\_\_\_\_ (印)

令和 年 月 日

上記内容の説明を事業者から確かに受け、指定訪問介護サービス及び第 1 種通所事業または共生型居宅介護サービスの提供開始に同意しました。

ご利用者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

利用者ご家族

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

\_\_\_\_\_