

訪問介護・介護予防型訪問サービス・生活支援型訪問サービス

重要事項説明書

株式会社ウィズグループ

訪問介護ウィズステーション福岡

〒815-0075

福岡市南区長丘5丁目25番7号

TEL (092) 554-8887

FAX (092) 554-8878

2024年6月 改訂

重要事項説明書〔訪問介護・介護予防型訪問サービス・生活支援型訪問サービス〕

2026年6月1日 改訂

1 事業所の概要

(1) 指定番号およびサービス提供地域

事業所名	訪問介護ウィズステーション福岡
所在地	福岡市南区長丘5丁目25番7号
電話番号	092-554-8887
指定番号	介護予防型訪問サービス 4071400826 訪問介護 4071400826 生活支援型訪問サービス 40A1100064
サービスを提供する地域	福岡市、糸島市、春日市、大野城市、筑紫野市、那珂川市、粕屋町 ※但し、介護予防型訪問サービス(福岡市指定、福岡県広域連合指定、薩摩川内市指定)及び生活支援型訪問サービスは福岡市のみとする。

上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 営業時間

月～金	9:00～17:40
-----	------------

ただし、祝日及び8月13日から8月15日と12月30から1月3日までを除く。

(3) 職員体制

職種	資格	職員数
管理者	介護福祉士	1名(常勤)
サービス提供責任者	介護福祉士	3名以上(常勤含む)
サービス従業者	介護福祉士・ヘルパー1級・2級・介護職員初任者研修等	30名以上(常勤含む)

(4) サービス提供の時間帯

	早朝(25%加算) 6:00～8:00	通常時間帯 8:00～18:00	夜間(25%加算) 18:00～22:00	深夜(50%加算) 22:00～6:00
平日・土	○	○	○	○
日・祝日	○	○	○	○

時間帯により料金が異なります。(介護保険基準)

2 サービス内容

身体介護	食事介助、入浴介助、排泄介助、清拭、体位変換、買物同行、起床・就寝介助、移動・移乗介助、口腔ケア、更衣介助、部分浴、通院・外出介助 等 ※生活支援型訪問サービスは身体介護のサービスを行わない。
生活援助	買い物代行、調理、掃除、洗濯、服薬準備、ベッドメイク 等
介護保険適用外(原則)	利用者様以外の洗濯・調理・買い物・布団干し、主として利用者が使用する居室以外の掃除、来客応接(お茶・食事の手配など)、自家用車の洗車・清掃、草むしり、花木の水やり、ペットの世話(犬の散歩)、家具・電気器具等の移動、修繕、模様替え、大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ、室内外屋根の修理、ペンキ塗り、植木の剪定等の園芸、別な手間をかけて行う料理(おせち料理など)

3 利用料金

(1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は原則として別紙に定める単位・利用者負担一覧表での合計金額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

※基本料金に対して、早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）帯は25%増し、深夜（午後10時～午前6時）は50%増しとなります。

※上記料金設定の基本は、サービス計画（ケアプラン）に定められた時間を基準とします。

※やむを得ない事情、かつお客様の同意を得て、サービス従業者2人で訪問した場合は2人分の料金をいただきます。

「介護保険法による介護報酬」の支払方法について（ ）内に○印を記入して下さい。

() 「法定代理受領」を選択し、事業者に対し介護報酬単位をもとにご利用者の負担割合に応じた額のみを支払う。

() 「償還払い」を選択し、事業者に対し10割全額を支払い、市区町村へ請求を行う。

(2) 加算

2026年6月1日現在

初回加算	新規に訪問介護計画書を作成した利用者に対して、初回に実施した訪問介護と同月内にサービス提供責任者が自ら訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員と同行訪問した場合	200 単位/月
緊急時訪問介護加算	利用者やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネージャーと連携を図り、ケアマネージャーが必要と認めたときに、サービス提供責任者又はその他の訪問介護員等が居宅サービス計画にない訪問介護(身体介護)を行った場合	100 単位/回
生活機能向上連携加算 (I)	① サービス提供責任者が、訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所、又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成すること。 ② ①の計画に基づいたサービスを実施すること。	100 単位/月
生活機能向上連携加算 (II)	① 利用者に対して、訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等の一環として利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する等により、医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と利用者の身体の状況等の評価を共同で行い、かつ、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成すること。 ② 同時に医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士と連携し、訪問介護計画に基づく訪問介護を行うこと。	200 単位/月
口腔連携強化加算	事業所の従業員が、口腔の健康状態の評価を実施した場合、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報共有した場合	50 単位/回 (月に1回を限度)
認知症専門ケア加算	(I)	3 単位/日

	(Ⅱ)	4 単位/日
特定事業所加算	(Ⅰ)	20%
	(Ⅱ)	10%
	(Ⅲ)	10%
	(Ⅳ)	3%
	(Ⅴ)	3%
訪問介護処遇改善加算	(Ⅰ) イ	27.0%
	(Ⅰ) ロ	28.7%
	(Ⅱ) イ	24.9%
	(Ⅱ) ロ	26.6%
	(Ⅲ)	20.7%
	(Ⅳ)	17.0%
※ 減算 同一建物減算	1. 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する者 (2 および 4 に該当する場合を除く)	10%減算
	2. 上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が 1 ヶ月あたり 50 人以上の場合	15%減算
	3. 上記 1 以外の範囲に所在する建物に居住する者 (当該建物に居住する利用者の人数が 1 ヶ月あたり 20 人以上の場合)	10%減算
	4. 正当な理由なく、事業所において、前 6 ヶ月間に提供した訪問介護サービスの提供総数のうち、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する者 (2 に該当する場合を除く) に提供されたものの占める割合が 90%以上である場合	12%減算

(3) 交通費

1 の (1) 記載のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。以外にお住まいの方は交通費の実費、通常の事業の実施地域から片道 5 km 以上は 200 円別途頂きます。

(4) その他

- ① サービスを提供時使用する、水道、ガス、電気、電話等の費用はお客様のご負担になります。
- ② 通院介助等で交通機関利用する場合、サービス従業者の交通費はお客様のご負担になります。
- ③ 料金の支払方法は、毎月月末締めとし、翌月 20 日までに当月分の料金を請求いたしますので、26 日までにあらかじめ指定の方法でお支払いください。(お支払い方法は、口座自動引落、現金集金、銀行振込の 3 通りの中からご契約の際に選んでいただきます。尚、銀行振込の場合は、振込手数料はお客様のご負担とさせていただきます。)

4 サービス提供

(1) サービスの利用方法

お電話などでお申し込みください。当事業所スタッフが伺いいたします。訪問介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

(2) サービス従業者の選任

選任は事業者で行い、また、事業者の都合によりサービス従業者を交代する場合があります。当事業所のヘルパーが同行研修する場合がございますのでご了承ください。

(3) 事故発生時の対応

利用者に対する指定訪問介護のサービス提供により事故が発生した場合は、市区町村、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。賠償すべき事故が発生した場合は、第 6 項の定めにしたがい損害賠償を速やかに行います。

(4) その他

まれに、交通事情によりサービス時間が多少前後することがございますがご了承ください。

誠に恐縮ではございますが、お茶・お菓子などの心遣いをご遠慮下さい。

5 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	病 院			
	医師名			
	連絡先			
主治医への連絡基準				
緊急搬送 希望先病 院	病 院			
	医師名			
	連絡先			
ご家族	氏 名		続 柄	
	連絡先			
	氏 名		続 柄	
	連絡先			

6 福祉サービス第三者評価について

介護サービスの情報公表	あり	実施した直近の年月日	2021年11月26日
第三者評価の実施	なし	実施した直近の年月日	
第三者評価機関名称			
第三者評価開示の状況			

7 損害賠償

当事業所は以下の内容で損害賠償保険に加入しています。当事業所が利用者様に対して賠償すべき事態が生じた場合は、契約書本文第11条に基づき、誠実に対応するとともに、加入保険の範囲内により賠償致します。

加入保険	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
連絡窓口	福岡支店 福岡第二支社 TEL 092-282-3108

下記の場合に適用されます。

- 当事業所のサービス提供中にヘルパーを起因とする、利用者様のけが等の事故が発生した場合や、利用者様の財物の損壊、紛失詐欺等の損害が発生した場合。
- サービス中に電化製品（掃除機・アイロン・洗濯機）等の家電を使用する際、既に数年使用されている物が故障及び破損した場合は、この限りではありません。

8 当事者が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

苦情解決責任者：津上 真紀子 苦情受付担当者：津上 真紀子
 苦情受け付け窓口：☎092-554-8887

指定訪問介護、介護予防型訪問サービス、指定生活支援型訪問サービス利用料金表

1. 要介護1～5に認定を受けた利用者（指定訪問介護） 地域区分：5級地

※ご利用者負担額は介護報酬額の1～3割の料金（介護保険負担割合証にて確認）

※早朝(6-8)・夜間(18-22)においては、25%加算、深夜(22-6)においては50%加算されます。

昼間		基本単位 /1回	介護報酬額 /1回	利用者負担額		
				1割	2割	3割
身体介護	20分未満	163	1,744円	175円	349円	524円
	20分以上30分未満	244	2,610円	261円	522円	783円
	30分以上1時間未満	387	4,140円	414円	828円	1,242円
	1時間以上1時間30分未満	567	6,066円	607円	1,214円	1,820円
	1時間30分以上30分を増す毎	82	877円	88円	176円	264円
生活援助	20分以上45分未満	179	1,915円	192円	383円	575円
	45分以上	220	2,354円	236円	471円	707円

2. 要支援1、2に認定を受けた利用者

		基本単位 /1回	介護報酬額 /1回	利用者負担額		
				1割	2割	3割
訪問型独自サービス11 週1回程度の利用が必要	月ごとの定額制	1176	12,583円	1,259円	2,517円	3,775円
	日割り利用の場合	39	417円	42円	84円	126円
訪問型独自サービス12 週2回程度の利用が必要	月ごとの定額制	2349	25,134円	2,514円	5,027円	7,541円
	日割り利用の場合	77	823円	83円	165円	247円
訪問型独自サービス13 週2回を超える利用が必要	月ごとの定額制	3727	39,878円	3,988円	7,976円	11,964円
	日割り利用の場合	123	1,316円	132円	264円	395円

3. 要支援1、2に認定を受けた利用者など（指定生活支援型訪問サービス）

		基本単位 /1回	介護報酬額 /1回	利用者負担額		
				1割	2割	3割
訪問型独自サービス/211 週1回程度の利用が必要	月ごとの定額制	851	9,105円	911円	1,821円	2,732円
	日割り利用の場合	28	299円	30円	60円	90円
訪問型独自サービス/212 週2回程度の利用が必要	月ごとの定額制	1,701	18,200円	1,820円	3,640円	5,460円
	日割り利用の場合	56	599円	60円	120円	180円
訪問型独自サービス/213 週2回を超える利用が必要	月ごとの定額制	2,698	28,868円	2,887円	5,774円	8,661円
	日割り利用の場合	89	952円	96円	191円	286円

【別紙②】

相談、要望、苦情等の窓口

訪問介護に関する相談、要望、苦情等は下記の窓口までお申し出下さい。

① 訪問介護ウィズステーション福岡：TEL 092-554-8887	受付時間：月～金 9：00～17：40
② 福岡市各区保健福祉センター	介護保険課：別添参照
③ 福岡県国民健康保険団体連合会	介護保険サービス苦情相談窓口：TEL 092-642-7859
福岡市博多区吉塚本町 13-47	受付時間：月～金 9：00～17：00

キャンセル規定

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

① ご利用日の前営業日の 17 時 40 分までにご連絡いただいた場合	無 料
② サービス開始時間にヘルパーがお伺いしてもご不在だった場合	介護保険規定料金の 50%

会社の概要

社 名 株式会社ウィズグループ
 資 本 金 1,000万円
 社 員 数 約350名
 設 立 平成13年 4月
 本店所在地 福岡市中央区大名二丁目4番30号
 事業内容 認知症対応型共同生活介護事業／特定施設入居者生活介護事業
 訪問介護事業／居宅介護支援事業／訪問看護事業
 保育・託児事業／福祉・介護スタッフ育成事業／アライアンス事業

【事業者】 住 所 福岡市中央区大名二丁目4番30号
 事業者名 株式会社ウィズグループ
 代表者氏名 代表取締役 前川 裕貴

【事業所】 事業所名 訪問介護ウィズステーション福岡 印

介護予防型訪問サービス（指定番号 4071400826）
 訪問介護（指定番号 4071400826）
 生活支援型訪問サービス（指定番号 40A1100064）

説 明 者 _____

【利用者】 上記の内容の説明を受け、了承しました。

_____年 月 日

(本人) 氏 名 _____ 印

私は、本人の契約意思を確認し代筆致しました。

(代筆の場合) 代筆者名 _____ 印

代筆理由 _____

別添

相談、要望、苦情等の各区窓口一覧

名称	住所	電話
		FAX
東区保健福祉センター 福祉・介護保険課	〒812-0053 東区箱崎 2-54-27	092-645-1071
		092-631-2191
博多区保健福祉センター 福祉・介護保険課	〒812-8514 博多区博多駅前 2-19-24	092-419-1078
		092-441-1455
中央区保健福祉センター 福祉・介護保険課	〒810-8622 中央区大名 2-5-31	092-718-1145
		092-771-4955
南区保健福祉センター 福祉・介護保険課	〒815-0032 南区塩原 3-25-3	092-559-5127
		092-512-8811
城南区保健福祉センター 福祉・介護保険課	〒814-0192 城南区鳥飼 6-1-1	092-833-4170
		092-822-2133
早良区保健福祉センター 福祉・介護保険課	〒814-8501 早良区百道 2-1-1	092-833-4352
		092-831-5723
西区保健福祉センター 福祉・介護保険課	〒819-8501 西区内浜 1-4-1	092-895-7063
		092-881-5874
糸島市役所 介護保険課	〒819-1117 糸島市前原西 1 丁目 1 - 1	092-332-2070
		092-321-1139
春日市役所 高齢課介護保険担当	〒816-0804 春日市原町 3 - 1 - 5	092-584-1122
		092-584-3090
大野城市役所 介護サービス課介護サービス担当	〒816-0934 大野城市曙町 2 丁目 2 - 1	092-580-1860
		092-573-8083
筑紫野市役所 健康福祉部高齢者支援課	〒818-0071 筑紫野市石崎 1-1-1	092-923-1111
		092-920-1786
那珂川市役所 高齢者支援課	〒811-1242 那珂川市西隈 1 - 1 - 1	092-953-2211
		092-953-2312
粕屋町役場 介護福祉課介護保険係	〒811-2309 粕屋町駕与丁 1 丁目 1 - 1	092-938-0229
		092-938-9522
開設時間 月曜日から金曜日の9時から17時まで（祝日を除く）		

個人情報の利用目的

株式会社ウィズグループでは、「個人情報保護法」および、ご利用者の権利と尊厳を守り安全管理に配慮する「個人情報保護に関わる基本方針」に基づき、ご利用者ならびそのご家族の個人情報を下記利用目的の達成に必要な範囲で利用致します。なお、サービス提供期間終了後についても同様とします。

【ご利用者への介護サービス提供に関する利用】

利用目的

- ・ご利用者のニーズに応じた適切な介護サービスを提供するため
- ・ご利用者の介護サービス利用に関する介護保険請求、その他の事務を行うため
- ・ご利用者にサービスを提供する他事業所等との連携
(サービス担当者会議での情報提供、照会への回答、業務委託など)のため
- ・ご利用者の診療等に当たり、外部の医師との連携のため
- ・ご家族等へご利用者の心身の状況を説明するため
- ・事故等の緊急時において円滑に連絡・報告を行うため
- ・損害賠償等に関わる保険会社等への相談又は届出のため

【上記以外の利用】

利用目的

- ・介護サービスおよび管理運営業務の維持・改善の基礎資料とするため
- ・事業所において学生等の現場実習を行うため
- ・事業所において事例研究等を行うため
- ・外部監査機関、評価機関等への必要情報提供のため

なお、上記利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱う際には、あらかじめご利用者本人もしくはご家族の同意を得ることとします。また、個人情報を利用した会議の内容や相手方などについて、ご本人またはご家族から請求があれば開示するものとします。

個人情報利用の同意書

私および家族は、株式会社ウィズグループ 訪問介護ウィズステーション福岡が別に定める個人情報の利用について同意します。

年 月 日

(本人) 住 所

氏 名

印

(代筆の場合) 代筆者名

印

理 由

(身元引受人・連帯保証人) 住 所

氏 名

続柄()

印

暴力団等排除に関する誓約書

年 月 日

株式会社ウィズグループ

代表取締役 前川 裕貴 殿

(本人)	住 所	_____	
	氏 名	_____	印
(代筆の場合)	代筆者名	_____	印
	理 由	_____	
(身元引受人・連帯保証人)	住 所	_____	
	氏 名	_____ 続柄()	印
(身元引受人・連帯保証人)	住 所	_____	
	氏 名	_____ 続柄()	印

私は、株式会社ウィズグループ（以下貴社）とのすべての取引（契約書等書面のあるものに限られない）について、下記の事項を誓約致します。

1. 私は、自身または家族もしくは親戚が、暴力団員・準構成員、暴力団関係企業、特殊知能暴力集団等その他これらに準じる者に該当しないこと、およびこれらの者と密接な関わりを有する密接交際者でないことを表明し保証します。
2. 私は、自らまたは第三者を利用して、暴力的な要求行為、法的責任を超える不当な要求行為、詐術・脅迫的行為、業務妨害行為その他これらに準ずる行為を行わないことを表明し保証します。
3. 前2項に違反した場合、貴社が何らの通知催告なしに、直ちにこの契約の全部または一部を解除できることを承諾し、異議の申し立てを行いません。
4. 貴社が、第1項および第2項に反するおそれがあると認め、当該事項に関する報告を求めた場合は、速やかに報告いたします。

この誓約書に定めるもののほか、暴力団等排除に関する事項は各都道府県暴力団排除条例に準じます。

