

「指定訪問介護」 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(訪問介護事業所番号 0772600151)

当事業所はご利用者に対して指定訪問介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

◇ ◆ 目 次 ◆ ◇

1. 会津坂下ホームヘルプサービスセンター (1) 事業所概要 (2) 同事業所の職員体制 (3) 営業日及びサービス提供時間	5. サービスの利用方法 (1) サービスの利用開始 (2) サービスの終了
2. 訪問介護サービスの運営の方針 (1) 運営の方針 (2) サービス利用のために	6. 緊急時・事故発生時の対応方法
3. サービス内容 (1) 身体介護 (2) 生活援助 (3) その他のサービス	7. 個人情報の保護について
4. 利用料金 (1) 利用料 (2) 交通費 (3) その他	8. 個人情報の開示同意について
	9. 虐待防止について
	10. 業務継続計画の策定について
	11. 介護保険被保険者証の確認
	12. 第三者評価の実施状況
	13. 訪問介護員の禁止事項
	14. サービス内容に関する苦情・相談受付

＜ 訪問介護重要事項説明書 ＞

（令和 7 年 4 月 1 日現在）

1. 会津坂下ホームヘルプサービスセンター

（1）事業所概要

法人・事業所名	社会福祉法人 両沼厚生会 会津坂下ホームヘルプサービスセンター
所在地・電話番号	〒969-6564 福島県河沼郡会津坂下町字中岩田95番地 0242-83-1370
代表者役職・氏名	管 理 者 常 世 晶 子
実施する事業の種類	訪問介護
介護保険事業所番号	福島県 0772600151
サービスを提供する地域	会津坂下町 湯川村 柳津町（西山地区を除く）

（2）同事業所の職員体制

当事業所では、ご利用者に対して介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞

※職員の配置については指定基準を遵守しています。

		資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者		介護福祉士	1名		業務全般の管理	1名
サービス提供責任者		介護福祉士	3名		①サービス提供計画の作成 ②ヘルパーに対する技術指導 ③ヘルパー業務	3名
事務職員			1名		事務全般 介護保険請求	1名
従 事 者	介護福祉士	3名	3名		ヘルパー業務 ①身体介護 ②生活援助	6名
	1～2級修了者	0名	5名		ヘルパー業務 ①身体介護 ②生活援助	5名

※サービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替でサービスを提供します。

(3) 営業日及びサービス提供時間

※時間帯により料金が異なります。

営 業 日	年中無休
受 付 時 間	月 ～ 金 午前8時30分 ～ 午後5時15分
サービス提供時間帯	午前7時 ～ 午後7時 早朝時間帯（7：00～8：00） 通常時間帯（8：00～18：00） 夜間時間帯（18：00～19：00）

2. 訪問介護サービスの運営の方針

(1) 運営の方針

- ①地域に密着したホームヘルプサービスの提供を目標とした事業の展開を図るとともに、ご利用者のニーズに合った介護計画に基づいてサービスの提供をさせていただくことに努めます。
- ②訪問介護員などは、ご利用者の心身の特徴を踏まえてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことが出来るよう、身体介護・生活援助・その他の生活全般にわたる援助を心をこめていたします。
- ③ホームヘルプサービスの提供方法について、わかりやすく説明し、懇切丁寧にサービスを提供いたします。
- ④ホームヘルパーが入浴介助をする場合には、医師の診断やご家族の立会いをお願いすることがありますので、事前に相談をさせていただきます。ご了承ください。

(2) サービス利用のために

事 項	有無	備 考
ヘルパーへの研修の実施	○	年1回研修への参加を実施しています。
サービスマニュアルの作成	○	マニュアル書を作成しサービスを提供します。

3. サービス内容

(1) 身体介護

- ・食事介助 — 準備されている食膳の食事介護、見守り等を行います。
- ・入浴介助 — 身体状況により一人での入浴が困難な方を状態にあわせた入浴方法で介助を行います。状態により入浴が出来ない場合には、手浴足浴、洗髪、陰部洗浄等の部分浴も行います。
- ・清 拭 — 状態により入浴できない方の全身・部分清拭等を行います。
- ・排泄介助 — 寝たきりの方のオムツ交換や、身体に麻痺がありポータブルトイレを使用されている方の誘導・見守り等を、希望する時間帯に巡回訪問で行います。

(2) 生活援助

- ・買 い 物 — 買い物等が困難な方へ希望商品を伺い買い物代行を行います。
- ・調 理 — ご利用者に合わせた調理を行います。
- ・清 掃 — ご利用者の使用される居室等の清掃を行います。
- ・洗 濯 — ご利用者の衣類等の洗濯を行います。

(3) その他のサービス

- ・介護相談 — 介護について困りごとやその他、関係機関の連絡代行を行います。

4. 利用料金

(1) 利用料

料金は次の通りです。

(役場から届いている、介護保険負担割合証をご確認ください。)

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用料は全額自己負担となります。

【料金表 — 基本料金・昼間（午前8時 ～ 午後6時）】

所要時間	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満
基本料金(1回)	1,630円	2,440円	3,870円
身体介護	1割(163円) 2割(326円) 3割(489円)	1割(244円) 2割(488円) 3割(732円)	1割(387円) 2割(744円) 3割(1,161円)

所要時間	20分以上 45分未満	45分以上
基本料金(1回)	1,790円	2,200円
生活援助	1割(179円) 2割(358円) 3割(537円)	1割(220円) 2割(440円) 3割(660円)

所要時間	身体30分 生活30分	身体1時間 生活30分
基本料金(1回)	3,090円	4,630円
身体生活	1割(309円) 2割(618円) 3割(927円)	1割(463円) 2割(926円) 3割(1,389円)

※カッコ内が自己負担料金となります。

※介護職員処遇改善加算(Ⅱ)・・・各単位数合計の22.4%

※基本料金に対して、早朝(午前7時～午前8時) 夕方(午後6時～午後7時) 帯は、25%増しとなります。

※上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様の居宅サービス計画(ケアプラン)に定められた目安の時間帯を基準とします。

※やむを得ない事情で、かつ、お客様の同意を得て、2人で訪問した場合は、2人分の料金となります

(2) 初回加算 200単位/月 (200円)

※新規に訪問介護計画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等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合

(3) 緊急時訪問介護加算 100単位/回 (100円)

※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ジャーと連携を図り、ケアマネ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

（４）交通費

前記１の（１）のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、訪問介護員がお尋ねするための交通費として、実施地域を越えたところから１k mにつき５０円の実費が必要となります。

（５）その他

①ご利用者の住まいで、サービスの提供をするために使用する水道、ガス、電気、電話等の費用はお客様のご負担になります。

②料金のお支払い方法

１日から月末締めで毎月１０日過ぎに前月分の請求をいたします。

お支払いの方法は

現金支払い・・・支払い後に領収書をお渡しいたします。

口座引き落とし・・・ご利用できる金融機関は JA 会津よつばのみになります。

１６日に指定された口座より引き落としさせていただきます。

（１６日が休日の場合、その翌日となります）。

口座引き落としの確認をした翌月に領収書をお渡しいたします。

５．サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始

契約締結後、提供票に記載された利用日より利用開始となります。

但しご家庭の都合によりサービス利用を至急希望される場合はこの限りではありません。

（２）サービスの終了

①利用者やご家族のご都合でサービスを終了する場合

②介護保険施設への入所

③利用者本人がお亡くなりになった場合

④利用者またはご家族が事業所の職員に対し、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合

⑤介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合は、介護支援専門委員と協議の上、サービスを終了させて頂く場合があります。

6. 緊急時・事故発生時の対応方法

- (1) サービス提供中に、病状の急変や、容態の変化、事故が発生した場合は、速やかに御家族、主治医、居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事故が生じた際には、その原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。
- (3) 事業所に連絡するとともに、お客様の主治医又は医療関係への連絡を行い、医師の指示に従います。
- (4) 急を要する場合は、事業者の判断により救急車を要請し、事後報告となる場合もあります。
- (5) 必要に応じて市町村へ連絡します。
- (6) 事業者は、契約書に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由によりご契約者に生じた損害について賠償する責任を負います。利用契約書第10条に定める秘密保持に違反した場合も同様とします。但し、お客様に故意又は過失が認められる場合には、お客様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、損害賠償責任を減じることができるものとします。

7. 個人情報の保護について

当事業所が扱う個人情報の重要性を認識し、その適正な保護のために個人情報保護に関する法令、その他関係法令等を遵守し、利用者の個人情報保護に努めます。

8. 個人情報の開示同意について

サービスを利用するにあたり、より良いサービスを提供するうえで、利用者の身体状況や生活状況などの情報を使用させていただく場合があります。つきましては利用契約書締結のうえ、別途「個人情報の使用に係る同意書」をもって利用者及びご家族の同意書を得るようにしております。ご協力をお願いいたします。

9. 虐待の防止について

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- (1) 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的を開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従事者に周知徹底を図る

- (2) 事業所における虐待の防止のための指針を整備
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修の実施
- (4) 虐待防止に関する相談窓口

<責 任 者> 所 長 高 橋 美 智 江
 <担 当 者> 管 理 者 常 世 晶 子
 <受付時間> 毎週月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分
 <電話番号> 0 2 4 2 - 8 3 - 1 3 7 0

- 2. 事業所は、サービス提供中に、当該事業所、従業者または養護者（利用者の家族等障害者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとする。

1 2. 業務継続計画の策定等について

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対し指定居宅訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早朝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じるものとする。

- 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ものとともに、必要な研修及び訓練を定期的の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。

1 3. 介護保険被保険者証の確認

訪問介護を利用されるときは月に1回「介護保険被保険者証」をご提示ください。

1 4. 第三者評価の実施状況

実施の有無 有 ・ 無

実 施 日	
評 価 機 関	
評 価 結 果 の 開 示	

1 5. 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、お客様に対する訪問介護サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ①医療行為
- ②ご利用者またはその家族等からの金銭または物品等の授受
- ③ご利用者の家族等に対する訪問介護サービスの提供
- ④飲酒及びお客様またはその家族等の同意なしに行う喫煙
- ⑤ご利用またはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑥その他お客様またはその家族等に行う迷惑行為

16. サービス内容に関する苦情・相談受付

(1) 苦情・相談の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

＜ 責 任 者 ＞ 会津坂下高齢者福祉センター

所 長 高 橋 美 智 江

＜ 担 当 者 ＞ サービス提供責任者 常 世 晶 子

山 口 舞

磯 部 郁

＜ 受付時間 ＞ 毎週月曜日 ～ 金曜日 午前8時30分 ～ 午後5時15分

＜ 電話番号 ＞ 0242-83-1370

※社会福祉法人両沼厚生会苦情解決に関する実施要綱第4条に基づき、苦情解決に社会性客観性を確保するために、下記の2名の方に第三者委員の委嘱をし、苦情を受け付けています。

元柳津町民生・児童委員協議会会長 : 藤 田 法 身

元会津坂下町民生・児童委員協議会会長 : 鈴 木 清 記

※上記以外に、会津坂下町・柳津町・湯川村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

会津坂下町役場 介護保険係 電話番号 0242-84-1501

柳津町役場 住民課 電話番号 0241-42-2118

湯川村役場 福祉課保険係 電話番号 0241-27-8830

その他、担当のケアマネージャー（介護支援専門員）までご連絡ください。

令和 7 年 月 日

訪問介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者

〈所在地〉 福島県河沼郡会津坂下町字中岩田 9 5 番地

〈名 称〉 社会福祉法人 両沼厚生会
会津坂下ホームヘルプサービスセンター

〈管理者〉 _____ 常 世 晶 子 ⑩

〈説明者〉 サービス提供責任者

_____ 常 世 晶 子 ⑩

私は、契約書および本書面により、事業者から訪問介護についての重要事項の説明を受け、その内容について同意しました。

利用者

〈住 所〉 _____ 会津坂下町

〈氏 名〉 _____ ⑩

代理人

〈住 所〉 _____

〈氏 名〉 _____ ⑩

家族

〈住 所〉 _____

〈氏 名〉 _____ ⑩