

社会福祉法人大崎市社会福祉協議会
大崎西部ヘルパーステーション
第1号訪問事業重要事項説明書

1 事業者について

| | |
|-------|--------------------|
| 事業者名 | 社会福祉法人大崎市社会福祉協議会 |
| 所在地 | 宮城県大崎市古川三日町二丁目5番1号 |
| 電話番号 | 0229-21-0550 |
| 代表者氏名 | 理事長（会長） 高橋 栄徳 |

2 事業概要について

| | |
|-----------|--|
| 事業の種類 | 第1号通所事業（介護予防訪問介護相当サービス）（以下、「事業」という。） |
| 事業の目的 | 介護福祉士又は訪問介護研修又は介護職員初任者研修の修了者（以下、「訪問介護員等」という。）が要支援認定者又は介護予防・生活支援サービス事業対象者（以下、「事業対象者」という。）に対し、適正なサービスを提供することを目的とします。 |
| 事業所の名称 | 大崎市社会福祉協議大崎西部ヘルパーステーション |
| 介護保険事業所番号 | 大崎市指定 第0471501064号 |
| 事業所の所在地 | 宮城県大崎市岩出山字下川原町100番地8 |
| 電話番号 | 0229-73-4530 |
| 事業所管理者氏名 | 相澤 渉 |
| 当事業所の運営方針 | 当事業所の訪問介護員等は、事業対象者の心身の特性を踏まえて、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、入浴、排泄、食事の介護、その他の生活全般にわたる支援を行います。 |
| 開設年月日 | 平成18年7月1日 |

3 事業実施地域、営業日及び営業時間について

| | |
|-------------|--|
| 通常のサービス実施地域 | 大崎市岩出山地域、鳴子温泉地域 |
| 営業日及び時間 | ① サービス提供日時 日曜日～土曜日 7：00～19：00 ② サービス受付日時 月曜日～金曜日 8：30～17：15 |

4 職員の体制について

令和7年 月 日現在

| 職種 | 職員配置 | 職務の内容 |
|-----------|------|--|
| 管理者 | 1名 | 事業所の職員を指導監督し、訪問介護サービス（以下、「サービス」という。）に係る業務管理を一元的に行います。 |
| サービス提供責任者 | 名 | 事業所に対するサービス利用の申し込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、第1号訪問事業計画書（以下、「サービス計画書」という。）を作成するとともに、その実施状況及び目標の達成記録を行います。 |
| 訪問介護員 | 名 | サービス計画書に基づき、利用者の日常生活を営む上で必要な支援を行います。 |

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

5 当事業所が提供するサービスと利用料金等について

(1) サービス内容

① サービス計画書等の作成（第1号訪問事業）

利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めたサービス計画書等を作成し・必要に応じて見直しを行います。

② 自立支援型介護

③ 目標指向型介護

(2) 利用料金

サービスについて、介護保険の適用を受ける場合、原則として介護報酬

の告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額(平成30年8月1日以降適用分)の利用料がかかります。また、介護保険の適用を受けない場合、あるいは給付を超えた利用の場合は全額(10割)の利用料がかかります。

料金体系については、下記に示した利用料をご負担いただきます。

- ① 地域単価(その他の地域) 1単位あたり 10.00円
- ② 料金体系(1回あたりの利用負担額)

[第1号訪問事業 利用料]

(単位:円)

| 区分 | 利用料 (10割) | 法定代理 受領(1割) | 法定代理 受領(2割) | 法定代理 受領(3割) |
|------------------------------------|--------------|----------------|----------------|----------------|
| 事業対象者 要支援1・2 (週1回程度利用) | 11,760 | 1,176 | 2,352 | 3,528 |
| 事業対象者 要支援1・2 (週2回程度利用) | 23,490 | 2,349 | 4,698 | 7,047 |
| 事業対象者 要支援2 (週2回を超える 程度利用) | 37,270 | 3,727 | 7,454 | 11,181 |

[加算項目]

(単位/円)

| 加算項目 | 利用料 (10割) | 法定代理 受領(1割) | 法定代理 受領(2割) | 法定代理 受領(3割) |
|--------------------|------------------------|----------------|----------------|----------------|
| 初回加算※1参照 | 2,000 | 200 | 400 | 600 |
| 介護職員等 処遇改善加算(I) | 定単位数 ×24.5% ※2参照 | ※3参照 | ※3参照 | ※3参照 |

※1 初回加算については、初回時の他、過去2月間(歴月)においてサービスの提供を受けていない場合、算定させていただきます。

※2 所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、

サービス提供体制強化加算・介護職員処遇改善加算については区分支給限度基準額の算定対象から除外します。

※3 通常の介護報酬算出方式に基づき算出した額に、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額（平成30年8月1日以降適用分）を法定代理受領とします。

④ その他の利用料等

| 内 容 | 費 用 |
|-------|---|
| 交通費 | 通常のサービス実施地域外の地域に居住する利用者に対して、移動に要した交通費の実費をご負担いただきます。なを、自動車を使用した場合に要する費用は、通常のサービス実施地域を越えた地点から1kmあたり50円をご負担いただきます。 |
| コピー料金 | サービスに関する記録の複写（コピー）の請求があった場合、記録の複写（コピー）代として1枚あたり10円をご負担いただきます。 |

⑤ キャンセル料

サービスをキャンセルした場合には、以下のとおりのキャンセル料をお支払いただくこととなります。

| キャンセルの時期 | キャンセル料 |
|----------|-------------|
| 前 日 | 法定代理受領負担分無料 |
| 当 日 | 法定代理受領負担分全額 |

※ただし、体調不良等やむを得ない場合を除きます。

⑥ 支払い方法

利用料等（キャンセル料、食費、交通費実費を含む。）の支払い方法は、月別に合算し請求しますので、請求日の翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払ください

- ア 口座振替によるお支払（七十七銀行、郵便局、その他金融機関）
- イ 金融機関窓口から指定口座への振込みによるお支払（割賦納入）

⑦ その他

- ア 介護保険法令等に基づいて、保険給付等を償還払いの方法にてご希望の場合は、申し出ください。

イ 提供を受けるサービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払ください。

6 サービスの利用に関する留意事項について

(1) 定められた業務以外の禁止

利用者は、当事業所が提供するサービスで定められた以外の業務を依頼することはできません。

(2) 禁止事項

次のサービスは、訪問介護員等の業務として禁止事項としておりますので、御了承ください。

| 禁止事項 | 具 体 例 |
|----------------------|--------------------------------|
| 草むしり | 庭や所有もしくは借り受けている畠などの草むしり |
| 大掃除 (年末年始に相当するもの) | 煤（すす）払い、窓拭き、日常的に行っていない掃除 |
| 障子の張り替え | ご本人の居室や家族の部屋なども禁止 |
| 利用者以外へのサービス提供 | 利用者の家族等に対する訪問介護サービスの提供 |
| 庭木の手入れ | 趣味観賞用の庭木、池の清掃など |
| 嗜好品や常識を外れた買い物 | 家具や自動車など大型のものや臨時に購入するもの |
| 屋根の雪下ろしや大掛かりな雪かき | 自宅訪問する際の進入路などを除いた部分、屋根等 |
| 仕事の代行等 | 本人の仕事や作業の代行、またそれに付随する契約等 |
| 金融機関等での現金等の出し入れ | 現金、小切手、その他金券など |
| 理容（散髪） | 散髪行為、着付け、パーマなども不可（電気髭剃り機の使用は可） |

| | |
|-----------------|-----------------------------|
| 医療行為及び医療の補助行為など | 傷口の処置、医療器具の取扱いなど |
| その他 | 訪問介護におけるサービス行為ごとの区分から逸脱する行為 |

(3) サービス内容の変更

サービス利用当日に、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、事業所は、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。

7 個人情報等の保護及び守秘義務について

(1) 個人情報の保護

当事業所はあらかじめ文書(個人情報提供同意書)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及びその家族の個人情報を用いません。

(2) 守秘義務

事業所が雇用する訪問介護職員等は、業務で知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。また、訪問介護職員等であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においても、これらの秘密を保持するべき旨を、就業規則の内容に含むものとします。

8 苦情の受付について

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の窓口で受付いたします。

| | |
|--------|---|
| 苦情受付窓口 | 大崎市社会福祉協議会 大崎西部ヘルパーステーション 宮城県大崎市岩出山字下川原町100番地8 TEL 0229-73-4530 FAX 0229-72-5057 |
| 苦情受付担当 | 相澤 渉 |
| 第三者委員 | 多田 裕子・中森 成信・及川嘉朗・鹿野友子 |
| 苦情受付時間 | 日曜日から月曜日 午前8時30分から午後5時15分 |

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

| | |
|------------------------|---|
| 大崎市役所 (本庁) | 高齢障がい福祉課 宮城県大崎市古川七日町1番1号 TEL 0229-23-6085 FAX 0229-23-2418 [受付時間] 月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時15分 |
| 宮城県 国民健康保 険団体連合会 | 介護保険課 苦情処理係 宮城県仙台市青葉区上杉一丁目2番3号(自治会館内) TEL 022-222-7700 FAX 022-222-7260 [受付時間] 月曜日から金曜日 午前9時00分から午後4時00分 |

※ 上記以外の関係行政機関その他の苦情機関については、別紙記載のとおりとなります。

(3) 苦情処理

苦情等があった場合、必要に応じて利用者への連絡・居宅訪問などにより苦情内容、その原因等を詳しく確認し、解決できるよう努めます。また、苦情処理の内容は、必ず記録に保存し、訪問介護職員等にその内容を周知することにより再発防止に努めます。

9 身体拘束の禁止について

所は、利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除いて、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

10 虐待の防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、苦情解決体制を整備し、訪問介護職員等に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等、適切な対応が図られるための必要な措置を講じます。

11 事故発生時の対応について

(1) 事故発生時の対応及び損害賠償

サービスの提供中に事故が発生した場合、速やかにご家族へ連絡いたします。また、内容によっては関係市町村、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業所へ報告いたします。なお、事業所の責めに帰すべき事由により利用者の生命、身体または財産に損害を及ぼした場合は、その損害を

賠償いたします。

(2) 事故発生の再発防止

事業所は万が一事故が発生した場合、事故の原因を解明し、再発防止の対策を講じます。

1.2 緊急時の対応について

事業所は、サービスの提供中、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医等へ連絡を行う等の必要な措置を講じます。なお、予め主治医等の緊急連絡先等を確認させていただきます。

1.3 非常災害対策について

(1) 事業所は、非常災害に関する具体的な計画を立て、定期的に避難、救出その他必要な訓練を実施いたします。

1.4 第三者評価の実施状況について

| | | | |
|---------------|------|--------|-----------|
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり | 実 施 日 | |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | 2 なし | | |

| | | | | |
|-------|---|-----------------------------------|------|-----------------------|
| 事業所 | サービスの提供開始に際し、本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。 | | | |
| | 住所 | 〒989-6434 宮城県大崎市岩出山字下川原町100番地8 | | |
| | 名称 | 大崎市社会福祉協議会 大崎西部ヘルパーステーション | 指定番号 | 大崎市指定 第0471501064号 |
| | 説明者 | | | |
| | 電話番号 | 0229-73-4530 | FAX | 0229-72-5057 |
| 利用者 | 私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。 | | | |
| | 住所 | 〒 - | | |
| | 氏名 | | 電話番号 | () - |
| 署名代行者 | 私は、本人の同意意思を確認した上で、本人に代わり上記署名を行いました。 | | | |
| | 住所 | 〒 - | | |
| | 署名代行者氏名 | | 電話番号 | () - |
| 続柄 | | | | |