訪問介護重要事項説明書

社会福祉法人佐倉厚生会
さくら苑ペブルヘルパーステーション

訪問介護重要事項説明書

（令和８年６月１日現在）

１　当事業者が提供するサービスについての相談窓口

＊ご不明な点は、何でもおたずねください。

□さくら苑事業所

担 当 者：サービス提供責任者　白鳥尚子 ・神谷友香理・小出美佳

電話番号：043－486－3960

所 在 地：千葉県佐倉市鏑木町 346 番地

□サテライト事業所

担 当 者：サービス提供責任者　内藤桂子・茂串美智子

電話番号：0476-48-7220

所 在 地：千葉県印西市牧の原１丁目３番（牧の原モア内）

２　さくら苑ペブルヘルパーステーションの概要

（１）訪問介護の指定事業者番号およびサービス提供地域

介護保険指定事業者番号　訪問介護（千葉県：1271700195 号）

サービスを提供する地域　佐倉市・酒々井町・印西市・白井市

（２）当ヘルプサービスの職員体制

	資　格	常　勤	非常勤	業務内容
管　理　者	介護福祉士	１名 （兼務）		従事者、業務の 一元的管理
サービス提供 責任者	介護福祉士	３名以上 （兼務１名）		介護計画書の作成 介護員への指導
従　事　者	介護福祉士(３名以上) 介護福祉士実務者研修 修了（ヘルパー１級） （1 名） 介護職員初任者研修 修了(ヘルパー2 級) (2 名以上)		３名以上	訪問介護の提供

［　］内は男性再掲、資格欄の（　）内は資格別数

（3）事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日 時	日曜日から土曜日（12 月 30 日から 1 月 3 日は除く）
	8：30～17：15

（4）サービス提供日時

サービス提供日時	日曜日から土曜日（12 月 30 日から 1 月 3 日は除く）		
	早　朝	通常時間帯	夜　間
	7：30～8：00	8：00～18：00	18：00～19：30

※但し、利用者から希望があり、対応可能な場合はこの限りではありません。

3　サービス内容

（1）身体介護

入浴・排泄・食事などの介護を行います。

（2）生活援助

生活援助は、調理・洗濯・掃除・買物等日常生活上の支援を行います。

《具体的な例》

訪問介護サービスは、自立の観点から、利用者ができる限り自ら家事を行うことが出来るように支援することを目的としています。具体的には、利用者が行う調理等を訪問介護員が見守りながら、一緒に行うなど、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によって行います。

調理　：利用者の食事の用意を一緒に行います(ご家族の調理は行いません)。
洗濯　：利用者の衣類等の洗濯を一緒に行います。
掃除　：利用者の居室の掃除を一緒に行います。
買物・外出等：利用者の日常生活に必要となる物品の買物を一緒に行います。
その他：自立支援を目的としたサービスの提供を行いますが、預貯金の出し入れは行いません。

（3）通院等のための乗車又は降車の介助

・通院等のための乗降介助、乗車前後の移動介助、受診等の手続き等
・「身体介護中心型」としての通院・外出介助

4　利用単位

（1）基本単位介護保険からの給付サービスを利用する場合の本人負担額は、介護保険負担

割合証の「利用者負担の割合」欄に記載された割合分の金額をお支払いいただきます。
ただし、介護保険の給付を超えたサービス利用は、全額自己負担となります。

〔単位表－基本単位・昼間〕

サービスの種類	内容	時　　間	単　　位
身体介護	食事・入浴 着脱・排泄	20 分未満	163 単位/回
		20 分以上 30 分未満	244 単位/回
		30 分以上 1 時間未満	387 単位/回
		1 時間以上	567 単位/回 30 分増す毎に プラス 82 単位
生活介護	調理・買物 掃除・洗濯など	20 分以上 45 分未満	179 単位/回
		45 分以上	220 単位/回
身体に引き続き 生活援助を行う 場合	調理・買物 掃除・洗濯など	20 分以上 45 分未満	65 単位/回
		45 分以上 70 分未満	130 単位/回
		70 分以上	195 単位/回
通院等のための乗車又は降車の介助		1 回(片道)につき	97 単位/回

［加算・割増］

特定事業所加算Ⅱ	所定単位数の 10%
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	所定単位数の 28.7%
早朝時間帯及び夜間時間帯	所定単位数の 25%割増

＊地域区分　5 級地により　1 単位あたり 10.70 円となります。

初回加算 ⇒200 単位/回

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に適用します。

生活機能向上連携加算（Ⅰ）⇒100 単位/月

サービス提供責任者が、医師・リハビリテーション専門職の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成し、訪問介護を行った場合。

生活機能向上連携加算（Ⅱ）⇒200単位/月

サービス提供責任者が、医師・リハビリテーション専門職と共同、連携し利用者の身体状況の評価を行い生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成し、訪問介護を行った場合。

緊急時訪問介護加算 ⇒100 単位/回

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介護支援専門員と連携を図り、介護支援専門員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介護員等が居宅サービスにない訪問介護（身体介護）を行った場合に適用します。

注）１．上表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、利用者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を基準とします。

２．やむをえない事情で、かつ利用者の同意を得て２人で訪問した場合は、２名分の料金となります。

３．上表料金表の適応については、減額処置がとられる場合があります。

キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡下さい。

連絡　さくら苑事業所電話　　043-486-3960

サテライト事業所電話　　0476-48-7220

1	ご利用の前日の 17 時までにご連絡いただいた場合	無料
2	ご利用の当日にご連絡いただいた場合	1000 円
3	ご連絡がなかった場合	1300 円

（1）交通費

佐倉市・酒々井町・印西市・白井市にお住まいの方は無料です。

（2）支払方法

月ごとの清算とし、毎月 15 日までに前月分の利用料の請求をいたします。

お支払い方法は、指定の金融機関から毎月 27 日（金融機関休業の場合は、翌日以降の営業日）に自動引き落しになります。入金確認後に、領収書を発行いたします。

注）介護保険法適用の場合でも、保険料の滞納により、法定代理受領ができなくなる場合があります。その場合はいったん介護保険適用外の場合の料金をいただき、サービス提供証明書を発行しますから、この証明書を市町村の介護保険担当窓口に提出しますと、差額の払戻しを受けることができます。

（3）その他

利用者のお住まいでサービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用は利用者のご負担となります。

5　サービスの利用方法

（1）サービスの利用方法

① 居宅介護支援事業者の居宅サービス計画に基づき、当事業者より連絡の上、お伺いします。
② 訪問介護計画書を作成し契約を結び、サービスの提供を開始します。

（2）サービスの終了
① 利用者のご都合でサービスを終了する場合
文書でお申し出くだされればいつでも解約できます。
② 当事業所の都合でサービスを終了する場合
やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合もございます。その場合は、終了１ヶ月前までに文書で通知するとともに、他の訪問事業者をご紹介いたします。
③ 自動終了
以下の場合は双方の連絡がなくても契約は自動的に終了します。
・介護保険施設に入所された場合
・介護認定区分が非該当（自立）となった場合
・死亡された場合
④ その他
・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対し社会通念を逸脱する行為を行った場合、解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
・サービス料金を３ヶ月以上延滞し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず15日以内に支払わない場合、又は利用者やご家族が、当事業所や当事業所の職員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6　当事業所のサービスの特徴等
（1）運営の方針
地域に暮らす高齢者に対し、これまでの生活を維持できるよう、日常生活の介護支援を行っていきます。
① 訪問介護計画書に基づく的確な援助
② 専門職としての資質の向上

（2）サービス利用のために

事　項		備　　考
男性ヘルパーの有無	無	
従業員への研修の実施	有	随　　時

7　緊急時の対応

サービス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、救急隊に連絡する等、必要な処置を講ずるほか、速やかにご家族等へご連絡いたします。

主　治　医	病院・診療所名	
	医 師 名	
	住　　所	
	電話番号	
緊急連絡先	氏　名（続柄）	
	住　　所	
	電話番号	

8　感染症対策

事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。

（１）事業者は、感染症の予防及びまん延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）を設置し、定期的に（おおむね６か月に１回以上）開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。

（２）事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。

（３）事業所は、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の某所のための研修及び訓練を定期的に（年１回以上）実施する。

9　虐待の防止

事業者は、虐待の発生及び又はその再発を防止するため、次の措置を講ずるものとします。

（１）虐待の防止のための対策を検討する虐待防止検討委員会（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）を設置し、その結果について、従業者に周知徹底を図る。

（２）虐待の防止のための指針を整備する。

（3）従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年１回以上）実施する。
（4）上記の措置を適切に実施するための担当者を置く。
（5）事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢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。

１０　業務継続計画の策定等
（1）事業所は感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期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。
（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とともに、必要な研修及び訓練を定期的に（年１回以上）実施。
（3）事業所は、定期的に業務継続の見直しを行い、必要に応じて業務継続の変更を行う。

１１　ハラスメントについて
当法人におけるハラスメントの防止に関する基本方針に従い業務に努めます。
またサービス時に下記のような行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。
・事業者の職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
・パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。
・サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断で SNS 等に掲載すること。

１２　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、緊急やむをえ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。

１３　サービス内容に関する苦情
・相談、要望、苦情の窓口
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。

サービス苦情等の窓口
電話番号　043 - 486 - 5050
担　当　石井 八重　飯塚　純子　吉橋 崇　入江 恵美
(受付時間　月曜日～金曜日　9 時～17 時)

・その他

当事業所以外に、下記の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

〔佐倉市〕	福祉部介護保険課介護給付班	電話　043-484-6174
〔酒々井町〕	健康福祉課介護保険班	電話　043-496-1168
〔印西市〕	高齢者福祉課介護事業者係	電話　0476-33-4697
〔白井市〕	高齢者福祉課介護保険係	電話　047-492-1111
〔千葉県〕	高齢者福祉課介護事業者指導班	電話　043-223-2834
〔千葉県国民健康保険団体連合会〕	業務第二部介護保険課苦情相談窓口	電話　043-254-7428

１４　当事業所の運営法人の概要

名称・法人種別	社会福祉法人　佐倉厚生会
代表者役職・氏名	理事長　遠山　正博
所在地・電話番号	千葉県佐倉市鏑木町 346 番地 電話　043－486－5050
定款の目的に定められた事業	1. 介護老人福祉施設(特別養護老人ホームさくら苑) 2. 短期生活介護事業（ショートステイ） 3. 地域密着型通所介護（デイサービス） 4. 第１号通所事業 5. 訪問介護事業（ホームヘルプサービス） 6. 第１号訪問事業 7. 居宅介護支援事業 8. 配食サービス 9. 地域包括支援事業

１５　第三者評価

事　項	
第三者評価の実施	無

――――――――――契約をする場合は以上の確認をすること――――――――――

令和　　年　　月　　日

訪問介護の提供にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所　さくら苑ペブルヘルパーステーション　　㊞
所在地　千葉県佐倉市鏑木町 346 番地
管理者　内　藤　桂　子

説明者　〔所属〕さくら苑ペブルヘルパーステーション
さくら苑事業所
〔氏名〕　　㊞

説明者　〔所属〕さくら苑ペブルヘルパーステーション
サテライト事業所
所在地　千葉県印西市牧の原 1 丁目 3 番
〔氏名〕　　㊞

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同意しました。

本人（利用者）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

代理人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

続柄（利用者との関係）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿