

「指定訪問介護（ホームヘルプ）」重要事項説明書

令和 7年 12月 1日

社会福祉法人西益田福祉会清流苑訪問介護事業所の、訪問介護サービスの提供開始にあたり、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

1. 名 称 社会福祉法人西益田福祉会清流苑訪問介護事業所
2. 所 在 地 島根県益田市神田町イ197-6
3. 指定番号 島根県指定 第 3270800216 号
4. 連絡先 電話 0856-25-1666 FAX 0856-31-5038
5. 職員体制

職種	職員数	業務内容
管理者	1名（常勤 社会福祉法人西益田福祉会本部事務、清流苑通所介護事業所管理者、清流苑通所介護事業所事務、清流苑訪問介護事業所事務 兼務）	訪問介護事業所の業務を統括します。
サービス提供責任者	1名（常勤、介護福祉士）	個別援助計画の作成・訪問介護の利用の申し込みに係る調整・その他必要な業務の提供を行ないます。
訪問介護員	2名（常勤 サービス提供責任者 兼務 1名、介護福祉士2名、内1名 通所介護事業所 兼務）	個別援助計画の作成・訪問介護・その他必要な業務の提供を行ないます。
訪問介護員	3名（非常勤 介護福祉士2名 内1名 通所介護事業所 兼務、2級ヘルパー1名）	訪問介護・介護記録
事務職員	1名（常勤 社会福祉法人西益田福祉会本部事務 清流苑通所介護事業所管理者、清流苑通所介護事業所事務、清流苑訪問介護事業所管理者 兼務）	必要な事務を行ないます。

6. 営業日 月曜日から土曜日までとします。ただし、12月31日～1月3日を除く。
7. 営業時間 8:30 ~ 17:30
8. 提供日 年間休業日をもうけないものとします。
9. サービス提供時間 6:00 ~ 22:00
10. 連絡体制 電話等により、24時間常時連絡が可能な体制となっています。
11. 通常事業の実施地域 旧益田市区域
12. 目 的 訪問介護事業の適正な運営を確保する為に、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の訪問介護員、その他の従事者が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な

訪問介護を提供することを目的とします。

1 3. 運営方針 事業所の訪問介護員等は、要介護者等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出来るよう、入浴、排泄、食事の介護、その他の生活全般にわたる援助を行います。

事業の実施に当っては関係市町村、居宅介護支援事業者、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るものとします。

1 4. 事業内容 入浴・排泄・食事の介護、買い物・調理・掃除等の援助

1 5. 第三者評価実施の有無 実施無

1 6. 利 用 (1割)

単位：円

区 分	対応時間	自己負担額	サービス内容
身体介護中心型	20分未満	163単位	入浴、排泄、食事介護等を行ないます
	20分以上30分未満	244単位	
	30分以上1時間未満	387単位	
	1時間以上1時間30分未満	567単位 30分増すごとに82単位加算	
生活援助中心型	20分以上～45分未満	179単位	掃除、調理、買い物等を行ないます
	45分以上	220単位	
身体介護に引き続き生活援助を行なった場合	20分未満の場合	評価なし	身体介護のサービスに引き続き生活援助のサービスを行ないます
	20分以上	65単位	
	45分以上	130単位	
	70分以上	195単位	

上記は全て訪問介護員が1人対応の金額で、2人の場合はこの倍額になります。

※ 早朝、夜間の加算

早朝（午前6時から午前8時） 所定単位数の25%を加算するものとします。

夜間（午後6時から午後10時） 所定単位数の25%を加算するものとします。

※ 初回加算 200単位/月

サービス提供責任者が、初回もしくは初回訪問の属する月に訪問介護を行う、もしく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加算するものとします。

※ 緊急時訪問加算 100単位/回

居宅介護サービス計画にない訪問介護を利用者・家族から要請を受け、ケアマネージャーと連携を図り・必要と認められた場合、加算するものとします。

※ 生活機能向上連携加算 (I) 100単位/月 (II) 200単位/月

リハビリテーション職から助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成（変更）した場合加算するものとします。

※ 特別地域加算

（特別地域とは厚生労働大臣が定める地域において交通不便・人口希薄等）

特別地域加算は利用料の15%を加算するものとします。

- * 特定事業所加算（Ⅱ）
所定単位数の10%を加算するものとします。
- * 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）
所定単位数の24.5%を加算するものとします。
- * 1割負担の方、2割負担の方、3割負担の方がおられます。2割負担の金額は上記1割負担金額の2倍、3割負担の方は3倍です。

17. 契約期間
- (1) この契約の期間は、契約締結の日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。
 - (2) 契約期間満了2日前までに利用者からの申し入れがない場合には自動更新されるものとします。
 - (3) 介護認定において、要支援又は要介護状態でなくなった時、高度な医療を必要とする状態と判断された時は、相談の上契約を解除することがあります。

18. 禁止行為
- (1) 医療行為
 - (2) 契約者以外へのサービスの提供
 - (3) サービス提供に係わる高価な品物又は金銭等の授受

19. 協力依頼事項
- (1) 訪問車が安全に駐車できる場所の確認をさせていただきます。
 - (2) 備品等（水道・ガス・電気等を含む）の無償提供と電話の使用をさせていただきますことがあります。
 - (3) 健康の増進と維持を図る為に定期的に主治医の診察を受けることをお勧めします。
 - (4) 当日契約者の身体状況についての情報提供のご協力をお願いします。

20. 事故発生時の対応
- 当事業所はサービス提供時において、何らかの事故が発生した場合、市及び関係諸機関・家族等に速やかに連絡、主治医・協力医への連携を行う等、当事業所事故マニュアルに沿って必要な措置を講じます。尚、賠償等の発生する事故については誠意を持って対応し、賠償を行います。

21. 緊急時の対応
- 利用者の容態、急変があった場合は、主治医・協力医に連絡する等必要な処置を講ずる他、家族に速やかに連絡致します。

22. 虐待の防止について
- 当事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。
- (1) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
 - (2) 当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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します。
 - (3) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

(4) 事業所は次の通り虐待防止責任者を定めます。

責任者 管理者 青木 美恵子

2.3. 相談・苦情窓口

当事業所の各サービスについての相談・苦情を承ります。

担当 主任ヘルパー 竹岡 真弥子

電話 0856-25-1666

苦情に向けて、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するために第三者委員を配置しております。

第三者委員 栗栖 眞樹 電話0856-25-2099

豊田 益巳 電話0856-25-1211

その他

当事業所以外に、市の相談・苦情窓口や国民健康保険団体連合会・島根県運営適正化委員会等に苦情を伝えることができます。

益田市役所高齢者福祉課事業者指導係

島根県益田市常磐町1番1号

電話 0856-31-0218 FAX 0856-24-0181

(8:30~17:15 土日祝、12/29~1/3を除く)

島根県国民健康保険団体連合会介護サービス苦情相談窓口

島根県松江市学園一丁目7番14号

電話 0852-21-2811 FAX 0852-61-9051

(9:00~17:00 土日祝、年末年始を除く)

島根県運営適正化委員会

島根県松江市東津田町1741番地3 いきいきプラザ島根5階

電話 0852-32-5913 FAX0852-32-5994

(8:30~12:00 13:00~17:00 土日祝を除く)

2.4. その他運営についての重要事項

(1) 事業所は、訪問介護員等の資質向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務体制を整備する。

①採用時研修 採用後 6ヶ月以内

②継続研修 年 2回

(2) 従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する義務を負う。

(3) 従業者であった者は、従業者でなくなった後においても、引き続き前項に規定する義務を負う。

(4) この規程に定める事項の外、運営に関する重要事項は社会福祉法人西益田福祉会と事業

所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

社会福祉法人西益田福祉会清流苑訪問介護事業所の訪問介護サービスの提供開始に際し、利用者及び家族に対して本書面に基づき、重要事項を説明しました。

事業者名称 社会福祉法人西益田福祉会清流苑訪問介護事業所

説明者 竹岡 真弥子 印

私は、本書面に基づいて事業者の上記職員から重要事項の説明を受け、社会福祉法人西益田福祉会清流苑訪問介護事業所の、訪問介護サービスの提供開始に同意します。

令和 年 月 日

利用者

住所

氏名 印

代理人

住所

氏名 印

(利用者との続柄)