

株式会社 万緑

重要事項説明書

さくらビレッジ訪問介護

令和7年4月1日

株式会社 万緑

さくらビレッジ訪問介護重要事項説明書

この訪問介護重要事項説明書は、利用者または家族が利用しようと考えています指定訪問介護サービスについて契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。

1 事業者の概要

事業主体	株式会社 万緑
代表者（役職名及び氏名）	代表取締役 小林 裕人
法人所在地	宮城県白石市西益岡町 5-53
電話及びFAX番号	電話 0224-24-4644 FAX 0224-26-6966
法人設立年月日	平成26年6月

2 事業所の概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	さくらビレッジ訪問介護
所在地	宮城県多賀城市八幡4丁目7-50 八幡ハイツ
電話及びFAX番号	電話 022-355-6075 FAX 022-355-6076
介護保険指定番号	訪問介護（0470901042号） 総合事業（0470900762号）
サービスを提供する地域	多賀城市、塩釜市、七ヶ浜町、利府町、仙台市に限っては宮城野区（中野、栄、白鳥） ※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 事業の目的及び運営の方針

目的	株式会社万緑（以下「事業者」という。）が設置するさくらビレッジ訪問介護（以下「事業所」という。）が行う指定訪問介護事業、介護予防・日常生活支援総合事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び運営管理に関する事項を定め、指定訪問介護等の円滑な運営管理を図るとともに、要介護状態または要支援状態にある利用者の意思及び人格を尊重し、適正な指定訪問介護等（以下「指定訪問介護」という。）を提供することを目的とします。
方針	事業所は、利用者の心身の特性を踏まえ可能な限りその居宅において、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、身体介護その他の生活全般にわたる援助を行うものとします。また、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の研修を実施し、介護保険等関連情報等必要な情報の活用を行い、市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、他の居宅、保健医療及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとします。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日（ただし、祝日、12月30日から1月3日までを除く）
-----	------------------------------------

営業時間	午前 8 時 15 分から午後 5 時 15 分
------	--------------------------

(4) サービスの提供日及び提供時間

提供日	月曜日から金曜日（ただし、祝日、12月30日から1月3日までを除く）
提供時間	午前 8 時 15 分から午後 5 時 15 分

※ただし、上記記載以外でも、状況を鑑み可能な限りサービスの提供を行うこととします。

(5) 事業所の職員体制

職種	職務内容	常勤	非常勤
管理者	従業者および業務の管理を一元的に行うとともに、事業所の従業者に対し法令等の遵守すべき事項について必要な指揮命令を行います。	1名	名
サービス提供責任者	① 訪問介護計画の作成、変更等を行い、利用の申し込みに係る調整を行ないます。 ② 利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握し、サービス担当者会議への出席、利用者に関する情報の共有等、居宅介護支援事業者等との連携を図ります。 ③ 訪問介護員に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達し、業務の実施状況を把握します。 ④ 訪問介護員の能力や希望を踏まえた業務管理、研修、技術指導その他のサービス内容の管理について必要な業務等を実施します。	1名	名
訪問介護員	① 訪問介護計画に基づき、指定訪問介護の提供をします。提供後は、利用者の心身の状況等サービス提供責任者へ報告します。 ② 事業所内、外部で開催される研修、技術指導を受け自己研鑽に努めます。	名	5名以上

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

種類	サービスの内容
身体介護	身体介護とは利用者の身体に直接接して行う介助等、日常生活に必要な機能の向上等のための介助ならびに専門的な援助のことをいいます。 ① 入浴、排泄、清拭、体位交換、移動移乗、食事など、利用者の身体に直接接して行なう介助ならびに、これを行うために必要な準備及び後片付けのサービス ② 利用者の日常生活動作能力や意欲の向上のために、利用者とともに行う自立支援のためのサービス ③ その他の専門的知識、技術（介護を要する状態となった要因である心身の障害や疾病等に伴って必要となる特段の専門的配慮）をもって行う日常生活上、社会生活上のためのサービス

生活援助	生活援助とは、日常生活に支障が生じないように行われる調理、洗濯、掃除等身体介護以外の日常生活サービスのことをいいます。また利用者が単身、または同居家族が障害疾病、その他やむを得ない事情のため、これらの家事を行うことが困難な場合に限り、提供ができることになっています。
------	---

(2) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員はサービスの提供に当たって、次の行為は認められておりません。

- ① 医療行為
- ② 利用者または家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者または家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑤ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者または第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑥ その他利用者または家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為
- ⑦ 商品の販売、農作業など生業の援助的な行為
- ⑧ 直接本人の援助に属しないと判断される行為
 (例) 利用者以外の方に係る調理、洗濯、掃除、買い物、布団干し、主として利用者が使用する居室
 寝室以外の掃除、来客の応接（お茶、食事の手配など）、自家用車の洗車清掃など
- ⑨ 日常生活の援助に該当しない行為
 (例) 草むしり、花木の水やり、ペットの世話など、家具や電気器具などの移動、修繕、模様替え、
 大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ、室内外家屋の修理やペンキ塗り、植木の剪定な
 どの園芸、正月や節句などのために特別な手間をかけて行う調理など

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額

身体介護						
区分	基本単位	利用料	利用者負担額			
			1割負担	2割負担	3割負担	
20分未満	昼間	163	1,698円	170円	340円	510円
	早朝/夜間	204	2,125円	213円	426円	639円
	深夜	245	2,552円	255円	510円	765円
20分以上 30分未満	昼間	244	2,542円	254円	508円	762円
	早朝/夜間	305	3,178円	318円	636円	954円
	深夜	366	3,813円	381円	762円	1,143円
30分以上 1時間未満	昼間	387	4,032円	403円	806円	1,209円
	早朝/夜間	484	5,043円	504円	1,008円	1,512円
	深夜	581	6,054円	605円	1,210円	1,815円
1時間以上 1時間30分未満	昼間	567	5,908円	591円	1,182円	1,773円
	早朝/夜間	709	7,387円	739円	1,478円	2,217円
	深夜	851	8,867円	887円	1,774円	2,661円

※日常生活総合支援事業（訪問型サービス）は別紙①参照

生活援助						
区分		基本単位	利用料	利用者負担額		
				1割負担	2割負担	3割負担
20分以上 45分未満	昼間	179	1,865 円	187 円	374 円	561 円
	早朝/夜間	224	2,334 円	233 円	466 円	699 円
	深夜	269	2,803 円	280 円	560 円	840 円
45分以上	昼間	220	2,292 円	229 円	458 円	687 円
	早朝/夜間	275	2,866 円	287 円	574 円	861 円
	深夜	330	3,439 円	344 円	688 円	1,032 円

加算	基本単位	利用料	利用者負担額			算定回数等
			1割負担	2割負担	3割負担	
緊急時訪問介護加算	100	1,042 円	105 円	209 円	313 円	1回の要請に対して1回
初回加算	200	2,084 円	209 円	417 円	626 円	初回利用のみ1月につき
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数 の24.5%	左記の 単位数 ×10.42	左記の 1割	左記の 2割	左記の 3割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数(所定単位数)
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数 の 22.4%					
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位数 の18.2%					
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	所定単位数 の14.5%					

※地域区分別の単価(6級地 10.42円)を含んでいます。

4 その他の費用について

(1) 交通費

通常のサービスを提供する地域外の場合、運営規程の定めに基づき、1kmにつき20円の交通費の実費を請求いたします。買い物代行、受薬等で自動車を使用した場合も同様に交通費を請求いたします。

※有料駐車場の使用、通院・外出介助において公共交通機関を使用する場合は、実費相当を請求いたします。

(2) キャンセル料

サービスの利用をキャンセルされる場合、連絡をいただいた時間に応じて、キャンセル料を請求いたします。

- ① ご利用日の前営業日の17時までにご連絡の場合 無料
- ② ご利用日の前営業日の17時以降にご連絡の場合 当該基本料金の50%

※緊急な入院等、やむを得ない事由の場合は、キャンセル料は請求いたしません。

※日常生活総合支援事業のサービスの利用については、月額制のためキャンセル料は発生いたしません。

【 連絡先：さくらビレッジ訪問介護 TEL 022-355-6075 】

(2) その他

サービスを提供する際に使用する、水道光熱費、ペーパー類、タオルなどの日常生活費は、利用者の別途負担となります。

5 利用料金、その他の費用の請求及び支払い方法について

利用料利用者負担額（介護保険適用）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。請求書は、翌月 15 日までにお届け（郵送）いたします。

お支払方法は、指定口座からの自動振替、事業所指定口座への振り込みもしくは現金支払い（14 日以内）となります。

6 サービスの提供にあたって

- ① サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容を確認させていただきます。変更等があった場合には、速やかに当事業者にお知らせください。
- ② 利用者の疾患および心身の状況、急激な体調の変化などの事項は、サービス提供に関わる重要な情報です。詳細にお知らせください。
- ③ 物品等の破損が、自然または老朽化により発生した場合には、その損害に関する賠償責任は負いません。
- ④ 悪天候や交通事情により、予定の時間にサービスの提供が行えない場合がありますので、予めご了承ください。
- ⑤ 訪問介護員個人の電話番号や住所はお知らせできませんので、予めご了承ください。
- ⑥ 担当する訪問介護員等に関しては、利用者の御希望をできるだけ尊重して調整を行ないますが、当事業所の人員体制などにより、御希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。
- ⑦ 訪問介護員等に対し、その知識および技術の向上を目的として、定期的な教育と研修の機会を設けています。

採用時研修	採用後 6 カ月以内
継続研修	年 2 回

- ⑧ 訪問介護の内容の変更に関しては、事業所の管理者またはサービス提供責任者にご相談ください。

7 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護、虐待の発生またはその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待に関する担当者	管理者	中須賀	初美
-----------	-----	-----	----

- (2) 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っています。
- (3) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、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。

8 秘密の保持と個人情報の保護について

- ① 事業者及び事業者の使用する者（以下従業者という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ② また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。事業者は、従業者に、従業者である期間および従業者でなくなった後においても、これらの秘密を保持すべき旨の書面を取り交わすなど、必要な措置を講じます。
- ③ 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、同等に扱います。

9 緊急時の対応について

サービス提供中に、利用者に病状等の急変が生じた場合その他必要な場合は、状況に応じ救急要請もしくは、主治医や御家族等の関係連絡先にも連絡します。

10 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定訪問介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る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。

また、利用者に対する指定訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

損害賠償責任保険加入先	東京海上日動火災保険株式会社
-------------	----------------

11 衛生管理等

- (1) 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 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、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

12 業務継続計画の策定について

- (1) 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の、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

- (2) 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
に実施します。
- (3) 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います。

1.3 身分証携行義務

訪問介護員等は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から提示を
求められた時は、いつでも身分証を提示します。

1.4 サービス提供に関する相談、苦情について

- (1) 当事業所お客様相談・苦情窓口
担当 中須賀 初美 電話 022-355-6075
- (2) その他（当社以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。）

宮城県国民健康保険団体連合会 (公的団体)	電話：022-222-7700 宮城県仙台市青葉区上杉1丁目2-3 自治会館6階
市役所・町役場 (市町村)	電話： — —
地域包括支援センター (地域包括支援センター)	電話： — —
その他	電話：

別紙①

介護予防訪問介護相当サービスの利用料金表

基本報酬区分	基本単位	利用料	利用者負担額（1割）
週1回程度	1,176	11,760円	1,225円
週1回程度（日割）	39	390円	406円
週2回程度	2,349	23,490円	2,448円
週2回程度（日割）	77	770円	802円
週3回程度	3,727	37,270円	3,884円
週3回程度（日割）	123	1,230円	1281円

※1月あたりの回数を定める場合下記の通り（1回につき）

標準的な内容の訪問型サービス	287	2,870円	299円
生活援助が中心で所要時間が 20分以上45分未満	179	1,790円	187円
生活援助が中心で所要時間が45分以上	220	2,200円	229円
短時間の身体介護中心	163	1,630円	170円
加算・減算区分			
初回加算（1月につき）	200	2,000円	208円
同一建物減算	85%～90%（該当要件による）		
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	24.5%	※区分支給限度額の算定対象外 基本報酬と各種加算の合計に、算 定要件を満たす加算が加わりま す。	
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	22.4%		
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	18.2%		
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	14.5%		

（注1）上記の基本報酬他は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これらの基本報酬他も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を书面でお知らせします。

（注2）

多賀城市の地域区分は6級地となりますので、1単位あたり10,422円の計算となります。

（地域区分がその他となる場合は、1単位あたり10,000円の計算となります。）

前記の重要事項の内容を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

説明年月日 令和 年 月 日

訪問介護事業所として本書面に基づき、利用者に重要事項の説明を行いました。	
所在地 (事業所)	〒989-0252 宮城県白石市西益岡町 5-53 (〒985-0874 宮城県多賀城市八幡 4 丁目 7-50)
法人名	株式会社 万緑
代表者名	小林 裕人 印
事業所名	さくらビレッジ訪問介護 指定事業所番号:0470901042 指定事業所番号:0470900762 (介護予防訪問介護相当サービス)
説明者	

利用者	私は訪問介護について、事業者より重要事項の説明を受け、内容を確認し、これらを十分に理解した上で同意します。			
	住所	〒 —		
	氏名			印
	電話番号	— —	FAX	— —

署名代行者 氏名		続柄	署名代行の 理由	高齢のため・病気のため その他()
-------------	--	----	-------------	-----------------------

代理人	私は訪問介護について、事業者より重要事項の説明を受け、内容を確認し、これらを十分に理解した上で本人に代わり同意します。			
	住所	〒 —		
	氏名			印
	電話番号	— —	FAX	— —

