

指定訪問介護サービス

重要事項説明書

(令和7年5月1日現在)

1 事業目的及び運営方針

(1) 目的

- ① 株式会社 Seeds Care が設置する介護事業所つぐみ（以下「事業所」という。）において実施する訪問介護の事業（以下「事業」という。）は、要介護状態にある利用者に対し、利用者の意志及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切なサービスを提供することを目的とします。
- ② 対象となる利用者は、要介護状態が要介護1から要介護5に認定された方となります。

(2) 運営方針

- ① 利用者が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に配慮して、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。
- ② 必要な時に必要な訪問介護の提供ができるよう努めるものとします。
- ③ 利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に訪問し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとします。

2 会社概要

法 人 名 称	株式会社 Seeds Care
法 人 所 在 地	相馬市中村字桜ヶ丘149番地の2―2F
電 話 番 号	0244-26-8561
代 表 者 氏 名	代表取締役 水戸美香
設 立 年 月 日	令和3年11月12日

3 事業を提供する事業所

サービス事業所の概要

事 業 所 の 名 称	介護事業所つぐみ
事 業 所 所 在 地	相馬市中村字桜ヶ丘149番地の2―2F
電 話 番 号	0244-26-8562
管 理 者	水戸美香
事 業 実 施 地 域	相馬市 新地町 南相馬市鹿島区
指 定 年 月 日	令和4年4月1日指定

4 職員体制

管 理 者	1人（常勤）
サ ー ビ ス 提 供 責 任 者	2人（常勤）
従 業 者	4人（常勤） 1人（非常勤）
事 務 職 員	1人

5 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日から金曜日まで ただし、祝日、年末年始（12月30日から 1月3日）お盆（8月13日から8月15日）を除く 日とする
営 業 時 間	午前8時00分から午後5時00分まで
サービ ス 提 供 日	日曜日から土曜日まで
サービ ス 提 供 時 間	午前8時00分から午後5時00分まで

営業時間外のサービスの提供については、担当者等と相談の上、行うことができる。

6 主となるサービス内容

事業所が行う指定訪問介護事業の内容は、次のとおりとします。

（1） 身体介護に関する内容

- ① 食事の介護
- ② 排泄の介護
- ③ 更衣の介護
- ④ 入浴の介護
- ⑤ 移動・移乗介護・外出介護
- ⑥ その他の日常に営むために必要な身体の介護

（2） 生活援助に関する内容

- ① 調理の援助
- ② 洗濯の援助
- ③ 掃除の援助
- ④ 生活必需品の買い物の援助
- ⑤ その他の必要な家事

7 利用料金

【基本料金】

サービスの内容 1 回あたりの所要時間		基本利用料	利用者負担金		
			(自己負担1割)	(自己負担2割)	(自己負担3割)
身体 介護 中心 型	20 分未満	1, 6 3 0 円	1 6 3 円	3 2 6 円	4 8 9 円
	20 分以上 30 分未満	2, 4 4 0 円	2 4 4 円	4 8 8 円	7 3 2 円
	30 分以上 1 時間未満	3, 8 7 0 円	3 8 7 円	7 7 4 円	1, 1 6 1 円
	1 時間以上 1 時間 30 分 未満	5, 6 7 0 円	5 6 7 円	1, 1 3 4 円	1, 7 0 1 円
	1 時間 30 分以上	30分増すごと に820円を加 算	30分増すごと に82円を加算	30分増すごと に164円を加 算	30分増すごと に246円を加 算
引き続き「生活援助中心型」を算定する場 合（身体介護の所要時間が20分以上の場 合）		25分増すごと に650円を加 算	25分増すごと に65円を加算	25分増すごと に130円を加 算	25分増すごと に195円を加 算
中心 生活 援助 型	20 分以上 45 分未満	1, 7 9 0 円	1 7 9 円	3 5 8 円	5 3 7 円
	45 分以上	2, 2 0 0 円	2 2 0 円	4 4 0 円	6 6 0 円

【加算】

以下の要件を満たす場合、基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本利用 料	利用者負担金		
			自己負担1割	自己負担2割	自己負担3割
夜間・早朝、深夜加算	夜間（18時～22時）又は早朝（6時～8時）にサービス提供する場合	基本部分の25%	左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割
	深夜（22時～翌朝6時）にサービス提供する場合	基本部分の50%	左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割
特定事業所加算Ⅰ	当該加算の体制要件、人材要件及び重度要介護者等対応要件を満たす場合	基本部分の20%	左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割
特定事業所加算Ⅱ	当該加算の体制要件及び人材要件を満たす場合	基本部分の10%	左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割
特定事業所加算Ⅲ	当該加算の体制要件及び重度要介護者等対応要件を満たす場合	基本部分の10%	左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割
特定事業所加算Ⅳ	当該加算の体制要件及び重度要介護者等対応要件を満たす場合	基本部分の3%	左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割
特定事業所加算Ⅴ	当該加算の体制要件及び人材要件を満たす場合	基本部分の3%	左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割
緊急時訪問介護加算	利用者や家族等からの要請を受け、緊急にサービスを提供した場合（1回につき）	1,000円	100円	200円	300円
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合（1月につき）	2,000円	200円	400円	600円
生活機能向上連携加算Ⅰ	サービス提供責任者が、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成し、サービス提供した場合（1月につき）	1月につき 1,000円	100円	200円	300円
生活機能向上連携加算Ⅱ	指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定訪問リハビリテーション、指定通所リ	1月につき 2,000円	200円	400円	600円

	ハビリテーション等の一環として利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する等により、共同して利用者の心身の状況等を評価した上で生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成し、連携してサービス提供した場合 (1月につき)				
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が利用者の2分の1以上 認知症介護実践リーダー研修等修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が20人未満の場合は1以上、20人以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合 当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催	1日につき 30円	3円	6円	9円
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	認知症専門ケア加算(Ⅰ)の要件を満たすこと 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の20以上 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の20以上 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施し	1日につき 40円	4円	8円	12円

	た場合 認知症介護指導者研 修修了者を1名以上 配置し、事業所全体の 認知症ケアの指導等 を実施 介護職員、看護職員ご との認知症ケアに関 する研修計画を作成 し、研修を実施又は実 施を予定				
介護職員処遇 改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満 たす場合	1月の利用 料金の 24.5%（基 本料金＋ 各種加算 減算）	左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割
介護職員処遇 改善加算Ⅱ		1月の利用 料金の 22.4%（基 本料金＋ 各種加算 減算）	左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割
介護職員処遇 改善加算Ⅲ		1月の利用 料金の 18.2%（基 本料金＋ 各種加算 減算）	左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割
介護職員等処 遇改善加算Ⅳ		1月の利用 料金の 14.5%（基 本料金＋ 各種加算 減算）	左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割

※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画書及び訪問介護計画に位置づけた時間数によるものとします。なお、計画時間数と実際にサービス提供に要した時間が大幅に異なる場合は、訪問介護計画等の見直しを行います。

※ やむを得ない事情で、かつ利用者の同意のもと、従業者2人で訪問した場合の費用は2人分となり、利用者負担額も2倍になります。

(1) 訪問介護を提供した場合の利用料の額は、介護報酬告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、その1割又は2割、3割の支払を受けるものとします。

なお、法定代理受領以外の利用料については、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準」によるものとします。

(2) 通常の実施地域を越えて行う事業の場合は、それに係る交通費の支払いを受けるものとし、その額は別途定めるところとします。

通院介助における交通費については、公共交通機関の利用の場合はその実費の支払いを受けるものとします。なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額を徴収します。

- ① 通常の事業所から片道10キロ未満 1キロ30円
- ② 通常の事業所から片道10キロ以上 1キロ20円

費用の支払いを受ける場合には、利用者様又はその家族に対して事前に文書にて説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けることとします。

- (3) 前2項の利用料等の支払いを受けたときは、利用者又はその家族に対し、利用料とその他の利用料（個別の費用ごとに区分したもの）について記載した領収書を交付します。
- (4) 訪問介護の提供の開始に際しては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用に関し事前に文書で説明した上で、その内容及び支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けるものとします。
- (5) 法定代理受領サービスに該当しない訪問介護に係る利用料の支払いを受けたとき（償還払いとなる場合）は、提供した訪問介護の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付するものとします。
- (6) サービスの利用をキャンセルする場合、キャンセルの連絡時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求することとします。

前日の連絡の場合 キャンセル料は不要

当日の連絡の場合 半額

全額自費の場合 半額

※ただし、利用者の病状の急変や緊急入院等の場合には、キャンセル料は請求しません。

8 利用者負担額の請求及び支払い方法について

利用者負担額その他の費用の支払い方法について	利用者負担額及びその他の費用については、1か月ごとに計算し、請求させていただきますので、20日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。 (ア)利用者指定口座からの自動振替を原則とします。（ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします。） (イ)事業者指定口座への振り込み。（期日までにお振り込み願います。手数料は利用者負担となります。） 金融機関： <u>あぶくま信用金庫 相馬支店</u> <u>普通口座 0280809</u> 口座名義： <u>株式会社 Seeds Care</u> <u>カ）シーズケア</u> (ウ)現金支払い。（月末締め、翌月10日過ぎ頃、請求書をお渡しします。） (エ)上記によりがたい場合は、ご相談に応じます。 お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。 また、介護給付費等について市町より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。
------------------------	---

9 秘密保持について

（個人情報の保護）

- ① 事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとします。
 - ② 事業者が得た利用者の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその家族若しくは代理人の了解を得るものとします。
 - ③ 守秘義務は契約終了後も継続します。
- 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理

由なく第三者に漏らすことはありません。

1 0 契約の解除について

この契約はいつでも解除できます。

1 1 緊急時の対応について

- ① 訪問介護員等は、指定訪問介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じるとともに、管理者に報告します。
- ② 主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じるものとします。
- ③ 指定訪問介護の提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。
- ④ 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うものとします。
- ⑤ サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合は、速やかにご家族及び医療機関への連絡を行うなど必要な措置を講じます。

1 2 事故発生時の対応について

サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに利用者が住んでいる市町、家族等に連絡を行うなどの必要な措置を講ずるものとします。

1 3 介護上の不慮の事故に対する賠償責任

- (1) 事業所は、訪問介護サービスの提供に伴って、サービス事業所の責めに帰すべき事由により利用者又はその家族の生命、身体、財産及び名誉に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害を賠償し市町、利用者の家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。なお、事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名：あいおいニッセイ同和損保

保険種類：介護保険・社会福祉事業者総合保険

- (2) 利用者又はその家族等の介護者は、利用者又はその家族の介護者の責めに帰すべき事由により、サービス事業所の従業者の生命、身体、財産及び名誉に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害賠償を請求される場合があります。

1 4 高齢者虐待防止

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- (2) 個別支援計画を作成し、適切な支援の実施に努めます。
- (3) 従業者が支援に当たっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

事業所名称	介護事業所つぐみ
電話・ファックス	TEL：0244-26-8562 FAX：0244-26-8568
対応者職氏名	管理者 水戸美香

受 付 時 間	営業日 午前8時00分から午後5時00分 ただし、祝日、年末年始（12月30日から 1月3日）お盆（8月13日から8月15日）を除 く日とする。
備 考	上記時間営業日、営業時間のほか電話転送にて 24時間常時連絡が可能な体制とする。

15 相談・苦情の受付について

（1）相談・苦情解決の体制及び手順

- ① 相談・苦情の受付
- ② 相談・苦情があった場合、利用者の状況を詳細に把握するために必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認をし、「相談・苦情内容記録票」に記載をします。
- ③ 相談及び苦情の相手に対し、対応した職員の氏名を名乗ると共に、相談・苦情内容に対する回答期限を説明します。
- ④ 相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討し、対応を決定します。
- ⑤ 必要に応じて連絡調整を行い、利用者へ結果報告を行います。

（2）苦情の受付

- ① 当事業所に対する相談・苦情は以下の専用窓口で受け付けます。

事 業 所 名 称	介護事業所つぐみ
電話・ファックス番号	TEL：0244-26-8562 FAX：0244-26-8568
対 応 者 職 氏 名	管理者 水戸美香
受 付 時 間	営業日 午前8時00分から午後5時00分 ただし、祝日、年末年始（12月30日から1月3日）お盆 （8月13日から8月15日）を除く日とする。
備 考	上記時間営業日、営業時間のほか電話転送にて 24時間常時連絡が可能な体制とする。

- ② 上記サービス事業所を管轄する事業者

事 業 者 名 称	株式会社 Seeds Care
電話・ファックス番号	TEL：0244-26-8561 FAX：0244-26-8568
対 応 者 職 氏 名	代表取締役 水戸 美香
受 付 時 間	営業日 午前9時00分から午後5時00分 ただし、祝日、年末年始（12月30日から1月3日）お盆 （8月13日から8月15日）を除く日とする。

- ③ その他の相談・苦情受付窓口

苦情受付機関	相 馬 市 介 護 保 険 係	TEL：0244-37-3065
	新 地 町 介 護 保 険 係	TEL：0244-62-2932
	南 相 馬 市 介 護 保 険 係	TEL：0244-24-5334
	福島県国民健康保険団体連合会 介 護 保 険 課 管 理 係	TEL：024-528-0040

1 6 サービス情報の公表について

年1回介護サービス情報を福島県に報告しており、インターネット上で事業所の情報を確認する事ができます。

第三者評価については、特に実施しておりません。

1 7 その他留意事項

事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供するものとの連携に努めるものとします。

また、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。

1 8 写真等の掲載について

事業所における催し物等で撮影した写真及びビデオ撮影による画像を、訪問介護サービスに対する理解を深めるために、当事業所が発行する広報誌やホームページに掲載させていただくことがありますので、事前に同意をお願いいたします。

☐同意する

☐同意しない

19 重要事項説明及び同意

サービスの提供開始に当たり、利用申込者に対し本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

(事業者)

所在地 福島県相馬市中村字桜ヶ丘 149 番地の 2-2F
事業者名 株式会社 Seeds Care

(サービス事業所)

名称 介護事業所つぐみ
所在地 福島県相馬市中村字桜ヶ丘 149 番地の 2-2F
TEL 0244-26-8562
FAX 0244-26-8568
説明者氏名 高橋 優香

【利用者】私は、本書面により事業者から訪問介護について重要事項の説明を受け同意いたしました。

住 所 _____

氏 名 _____

【代理人】私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり上記署名を行いました。

署名代行者 住 所 _____

氏 名 _____

本人との続柄 _____