指定居宅サービス重要事項説明書

訪問介護サービス重要事項説明書

1　事業者の法人概要について

法人格・名称	一般財団法人　宝塚市保健福祉サービス公社
所在地	宝塚市小浜4丁目5番6号
連絡先	電話　0797－86－9194 FAX　0797－86－8496 メール　kousha@takarazuka-fukushi.or.jp
代表者	理事長　　妙中　信之
設立年月日	1995年(平成7)3月設立
事業内容	居宅介護支援事業、介護老人保健施設、訪問看護、介護予防訪問看護、 通所介護、介護予防通所リハビリ、訪問介護、介護予防訪問型サービス、 訪問型サービスA、介護予防支援事業（地域包括支援センター） 指定特定相談事業所、指定障害児相談支援事業所 通所リハビリ、ファミリーサポート事業、 高齢者世話付き住宅生活援助員の派遣事業、 要介護認定調査事業、訪問リハビリ、介護予防訪問リハビリ、 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

2　事業所の概要について

事業者名	ステップこはまヘルパーステーション
所在地	宝塚市小浜4丁目5番6号
連絡先	電話0797－86－8866　　ファックス　0797－86－8960
管理者	蔦田　かおり　（介護福祉士）
相談苦情窓口担当責任者	管理者
営業日・時間	月曜～日曜　　8時～20時　（ただし電話受付は9時から17時30分）
事業所指定番号	2871100216
介護保険事業所指定年月日	2000年（平成12）4月1日
サービスを提供する地域	宝塚市
事業の目的・方針	・長年、住み慣れた自宅が安らぎの場でありますよう、心の こもった介護を提供し、その方らしい生活が支えられるように 心がけています。 ・訪問看護やデイサービスなど、各サービスや関係機関と連携し、 自宅でも安心して生活していただける質の高い介護を行って いきます。

3 職員体制について

職名	資格	常勤	非常勤
管理者・サービス提供責任者	介護福祉士	1人	―
サービス提供責任者	介護福祉士	3人以上	―
	初任者研修修了者 （ヘルパー2級）	―	―
介護職員	介護福祉士	1人以上	10人以上
	初任者研修修了者 （ヘルパー2級）	―	若干名
	生活支援ヘルパー	―	若干名

※ 業務の状況により、職員数は変動します。

（1）利用者に介護サービスを提供する当事業所の従業者は、身分証明書を携行し
初回訪問時及び利用者や家族から求められた際は、いつでも提示をします。

（2）サービスを提供する担当者の変更を希望される場合は、相談窓口の担当者までご連絡下さい。
利用者のご希望を尊重して調整を行います。
ただし、利用者から特定の担当者の指名はできないことと、当事業所の人員配置などにより、
ご希望に添えない場合もありますことを、あらかじめご了承下さい。

4 サービス内容について

身体介護	・利用者の身体に直接接触して行なう介助サービス ・利用者の日常生活動作能力や、意欲の向上のために、利用者と共に行なう自立支援のためのサービス ・その他、専門的知識・技術をもって行なう、利用者の日常生活上・社会生活上のためのサービス 具体的なサービスは次のとおりです。（毎回、記録も含みます。） ①起床介助 ②就寝介助 ③排泄介助 ④衣類の着脱 ⑤整容介助 ⑥身体の清拭・洗髪 ⑦入浴介助 ⑧食事介助 ⑨体位変換 ⑩服薬の見守り介助 ⑪通院等介助 ⑫その他（ ）
生活援助	生活援助とは、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助です。 主なサービスは次のとおりです。（毎回、記録も含みます。） ①調理 ②洗濯 ③住居の掃除・整理整頓 ④買い物 ⑤薬の受け取り ⑥衣服の入れ替え ⑦その他（ ）

5 サービス利用料金について ※下記は2026年（令和8年）6月１日からの利用料金となります。

（1）訪問介護サービス利用料金表 （利用者負担額は1回利用した場合の目安です）

※利用料には特定事業所加算（Ⅰ）（20%）・地域加算（3級地）（15%）・ 介護職員処遇改善加算（Ⅰロ）（28.7%）を適用しています。

ヘルパーサービス利用料金 （1回あたりの料金の目安です。）

区分	提供時間	20分未満			30分未満			60分未満			60分以上 90分未満		
負担割合		1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
身体介護	利用料金	2,784円			4,165円			6,596円			9,668円		
	利用者負担額	279円	557円	836円	417円	833円	1,250円	660円	1,320円	1,979円	967円	1,934円	2,901円

区分	提供時間	20分以上～ 45分未満			45分以上		
負担割合		1割	2割	3割	1割	2割	3割
生活援助	利用料金	3,060円			3,757円		
	利用者負担額	306円	612円	918円	376円	752円	1,128円

区分	提供時間	身体30分 ＋ 生活20～45分未満			身体30分 ＋ 生活45～70分未満			身体60分 ＋ 生活20～45分未満			身体60分 ＋ 生活45～70分未満		
負担割合		1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
生活援助 ＋ 身体介護	利用料金	5,270円			6,386円			7,712円			8,817円		
	利用者負担額	527円	1,054円	1,581円	639円	1,278円	1,916円	772円	1,543円	2,314円	882円	1,764円	2,646円

(2) 加算料金(利用者負担額は利用した場合の目安です)

※利用料には特定事業所加算(Ⅰ)(20%)・地域加算(3級地)(15%)・介護職員処遇改善加算(Ⅰロ)(28.7%)を適用しています。

	負担割合	1割	2割	3割	備考
初回加算	利用料金	2,839円			新規の利用者にサービス提供責任者が訪問介護を実施又は同行訪問した場合 ※1回のみ ※2ヶ月利用なく再開の場合は初回と見なされます
	利用者負担額	284円	568円	852円	
緊急時訪問介護加算	利用料金	1,425円			利用者からの要請を受け、緊急の対応として身体介護を行った場合 (1回につき) ※月2回まで
	利用者負担額	143円	285円	428円	
生活機能向上連携加算	利用料金	1,425円			訪問リハビリ・通所リハビリと連携し、計画を作成しそれに基づくサービスを行った場合 (1月につき) ※3ヶ月のみ
	利用者負担額	143円	285円	428円	
口腔機能連携加算	利用料金	707円			事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合 (1回につき) ※月1回まで
	利用者負担額	71円	142円	213円	

(3) キャンセル料

予定されていたサービスの利用をキャンセルされる場合、次のとおりキャンセル料を請求させていただきます。

① 前日の17時30分までにご連絡の場合、キャンセル料は不要です

② ①に記載した時刻までにご連絡がない場合、予定されていたサービスにかかる利用料の90%を請求させていただきます。

ただし、利用者の急病などやむを得ない理由の場合、キャンセル料は請求いたしません。

6 その他

注1) 平常の時間帯(午前8時から午後6時まで)以外の時間帯でサービスを行う場合は、上記の割合で利用料金に割増料金が加算されます。割増料金は、介護保険の支給限度額の範囲であれば、介護保険給付の対象となります。

注2） 2人の訪問介護員が共同でサービスを行う必要がある場合は、利用者の同意の上で、通常料金の2倍の料金をいただきます。

＊2人の訪問介護員でサービスを行う場合（例）

- 体重が重い方に対する入浴介助等の重介護サービスを行う場合
- 暴力行為などが見られる方へサービスを行う場合
- エレベーターなどがない建物の2階以上の居室から、歩行困難な方の外出介助の場合
- 深夜帯の訪問で、訪問地域の環境等を鑑みて、訪問介護員2人対応が望ましい場合

注3） 介護認定前にサービス提供を行う場合、利用料金の全額を一旦お支払い頂きます。介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（償還払い）

また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。

償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

・利用者の認定が「自立」の場合は全額自己負担となります。

注4） 今後この料金体系は変更する場合もあります。その際は利用者に文書をお渡しして、説明いたします。

注5） 市外訪問時の交通費

当事業所より2km以内は無料　　2km超5km以内は420円／回

5km超10km以内は530円／回　　10km超は600円／回

7 料金の支払い時期と支払い方法について

利用料、その他の費用は、利用の月ごとにその合計額を請求いたします。お支払いは、原則として利用者の指定された銀行預金口座またはゆうちょ銀行通常貯金口座から引き落としの方法でお支払いただきます。

銀行預金口座の場合は翌月27日に、ゆうちょ銀行通常貯金口座の場合は翌月20日に引き落としをさせていただきます。

ただし、上記の方法によるお支払が困難な場合に限り、現金によりお支払いただくこともできます。

お支払いを確認の上、領収書を発行しますので、必ず保管してください。

8 事業者の責務について

（1）居宅サービスの提供内容の記録について

利用者に提供したサービスの記録は、利用終了後5年間保管します。記録については、利用者と家族に限り、情報公開申出書により、閲覧していただくことができます。
写しの交付が必要な場合は、実費をお支払いいただきます。

（2）秘密保持と個人情報（プライバシー）の保護について

事業者がサービスを提供する際に、利用者や家族に関して知り得た情報については、契約期間中はもとより契約終了後も正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、円滑かつ一体的なサービス提供をするために、サービス担当者会議等で利用者または家族の情報を使用する必要があります。この場合には、あらかじめ利用者または家族に説明し同意書に署名をいただいた上で使用します。

（3） 虐待防止について

事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。
①虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、ヘルパー等に周知徹底を図ります。
②虐待の防止のための指針を整備します。
③ヘルパー等に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。
④前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を選定します。

（4） 身体拘束の禁止

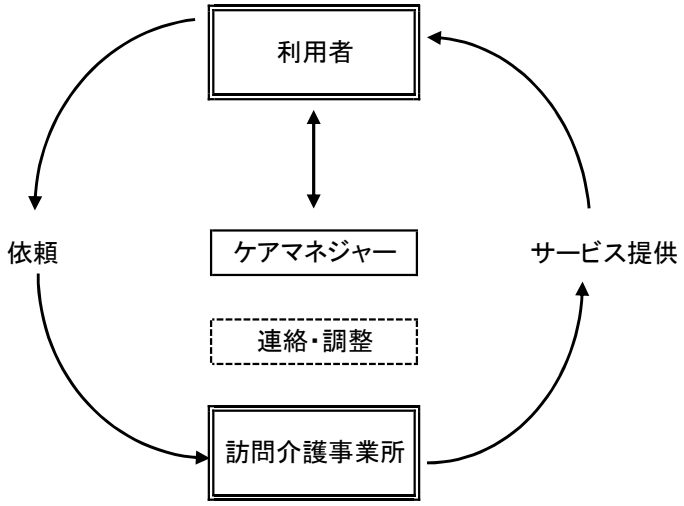
原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。
ただし、緊急やむを得ない理由（参照1）により拘束をせざるを得ない場合には、
事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その対応及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

（参照1）「緊急やむを得ない場合」に該当する3要件(全て満たすことが必要)

○切迫性　：利用者本人または他者の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合
○非代替性：身体拘束以外に代替する介護方法がないこと
○一時性　：身体拘束は一時的なものであること

9 サービス提供の手順について

（1） 下図のように訪問介護サービスでは訪問介護員が利用者、ご家族と話し合いながら、
ケアマネジャーや関係機関と連絡を取りサービスを提供します。



（2）サービスの提供にあたっては、「居宅サービス計画」に沿った訪問介護計画を作成し、
利用者又はご家族に説明し、同意を頂いた上、交付いたします。
なお、計画が作成される前であっても緊急に必要な場合にはサービスを提供いたします。

（3）賠償責任について

事業者の責任において、利用者の身体・財産などを傷つけた場合は 事業者は、利用者にその損害を賠償いたします。

事業者は、兵庫県社会福祉協議会の「ひょうご福祉サービス総合補償制度」に加入しています。

（4）留意事項

サービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

① サービス提供契約以外のサービスの実施
② 宗教活動、営利活動、政治活動
③ 利用者または家族からのサービスに係る料金を除く金銭の授受及び提供するサービスと無関係の物品の授受
④ 利用者の居宅内での飲食

10 緊急時の対応

サービス提供中に利用者の状態が急変した場合、利用者が予め指定する連絡先に連絡するとともに、必要な対応を行います。

11 相談・苦情窓口

事業者の相談窓口以外でも、ご相談や苦情などについては、下記の窓口でも受け付けています。

宝塚市健康福祉部介護保険課	宝塚市東洋町１－１ 電話番号　0797－77－2136 FAX　0797－71－1355
兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	神戸市中央区三宮町１－９－１－1801 電話番号　078－332－5617

12 ハラスメント対策について

(1) 事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、従業者が働きやすい環境づくりを目指します。

(2) 利用者およびその家族が事業所の従業者に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為によるカスタマーハラスメントや、セクシャルハラスメントなどの行為については、事実確認の上改善を求め、それでも解消されない場合は契約を解除する場合があります。
(3)すべての利用者およびその家族が安心して過ごせる環境づくり、また従業者が働きやすい環境づくりのため、ご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

13 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じた際は、別途文書により変更内容を明記した上、契約を更新します。

事業者は、以上のとおり重要事項の説明を行いました。

年　　月　　日

事業者　　所在地　　宝塚市小浜4丁目5番6号

名　称　　一般財団法人宝塚市保健福祉サービス公社
代表者　　理事長　妙中 信之　　印

説明した年月日および時刻	年　　月　　日　　時　　分
説明した場所	
説明した担当者	

事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の一部（別紙）となることについても同意します。

利用者　　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人　　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名代行者　　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（利用者との関係　　）