社会福祉法人ぱる　介護ステーションぱる
指定訪問介護及び介護予防・日常生活支援総合事業第１号訪問事業
重要事項説明書

〔2026 年９月 11 日現在〕

当事業所は、契約を締結したご利用者に対して訪問介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明をします。

## １、事業者および事業所の概要

（１）事業者、事業所名および所在地

| | |
|---|---|
| 事業者名 | 社会福祉法人ぱる |
| 事業者住所 | 埼玉県戸田市喜沢南２丁目５番 23 号 |
| 事業所名 | 介護ステーションぱる |
| 事業所住所 | 埼玉県戸田市喜沢南２丁目５番８号 |
| 電話・FAX | 電話　048〈434〉6205　FAX　048〈434〉6176 |
| 代表者 | 理事長　福本　京子 |
| 管理者 | 管理者　川島　尚美 |
| 指定事業者番号 | 当事業所は介護保険の指定を受けています<br>（埼玉県指定　第　1171900580） |

（２）提供できるサービスの地域

＊下記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

| | |
|---|---|
| 通常の事業の実施地域 | 戸田市・蕨市・川口市 |

（３）職員体制

| 区　分 | 資　格 | 常勤 | 非常勤 | 計 |
|---|---|---|---|---|
| 管理者 | 介護福祉士 | １名（兼務） | | １名（兼務） |
| サービス提供責任者 | 介護福祉士 | １名 | １名 | ２名 |
| 職員（ヘルパー） | 介護福祉士 | | ５名 | ５名 |
| 職員（ヘルパー） | ヘルパー２級修了者<br>又は初任者研修修了者 | | ２名 | ２名 |

※「ヘルパー」とは、ご利用者のお住まいをお訪ねし、訪問介護サービスを提供する「訪問介護員」のことです。

※職員体制は変更する場合があります。

（４）営業時間

①営業日　　月曜日から金曜日までを基本とする（祝・祭日含む）

②営業時間　　午前９：00 から午後６：00 までとする。

※時間帯により料金が異なります。

| 時間帯 | 通常時間帯 | 早朝 | 夜間 | 深夜 |
|---|---|---|---|---|
| 時間区分 | 8：00～18：00 | 6：00～8：00 | 18：00～22：00 | 22：00～6：00 |

③連絡体制　　月曜日から金曜日（祝・祭日含む 9:00～18：00）
週末（金曜日 18：00～月曜日 9：00）及び年末年始は電話連絡が可能です。
④休業日　　年末年始　１２月３１日～１月３日

## 2、サービス内容

（１） 身体介護
食事介助・入浴介助・排泄介助・衣服着替え・清拭・外出介助・体位変換等
（２） 生活援助
買物・調理・掃除・洗濯等
（３） その他のサービス…介護相談
（4）具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は、居宅サービス計画(ケアプランまたは介護予防ケアマネジメント)がある場合には、それを踏まえ訪問介護計画・第１号訪問事業に係る計画に定められます。
（5）以下のサービスは介護保険の対象となりませんのでご注意ください。
①医療行為
②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書の預かりなど、金銭に関する取扱い
③利用者以外の家族のためのサービス提供
④訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障がないもの（草むしり、花木の水やり、犬の散歩等）
⑤利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供（家具・電気器具等の移動等、大掃除等）
⑥大掃除など普段やらないような家事等

## 3、利用料金

（１） 訪問介護サービス基本利用料（特定事業所加算Ⅱ含む　単位数の 10%を加算）
※地域区分別 1 単位あたりの単価 10.70（5 級地）

| | 区分 | 1 回あたりの所要時間（要支援は 45 分程度） | 単位 | 費用総額 ×10.70 円 | 利用者負担額 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 1 割 | 2 割 | 3 割 |
| 要介護 | 身体介護 | 20 分以上 30 分未満 | 268 | 2,867 円 | 287 円 | 574 円 | 861 円 |
| | | 30 分以上 1 時間未満 | 426 | 4,558 円 | 456 円 | 912 円 | 1,368 円 |
| | | 1 時間以上 | 624 | 6,676 円 | 668 円 | 1,336 円 | 2,003 円 |
| | | 1 時間を超え 30 分増すごと | +90 | 963 円 | 97 円 | 193 円 | 289 円 |
| | 生活援助 | 20 分以上 45 分未満 | 197 | 2,107 円 | 211 円 | 422 円 | 633 円 |
| | | 45 分以上 | 242 | 2,589 円 | 259 円 | 518 円 | 777 円 |
| | 身体介護と生活援助が混在する場合（身体介護）の基本利用料に右の料金を加算 | 生活援助 20 分以上 | 72 | 770 円 | 77 円 | 154 円 | 231 円 |
| | | 生活援助 45 分以上 | 143 | 1,530 円 | 153 円 | 306 円 | 459 円 |
| | | 生活援助 70 分以上 | 215 | 2,300 円 | 230 円 | 469 円 | 690 円 |

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、介護報酬告示上の額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合（1 割・2 割・3 割負担）に応じた額の支払いとなります。また、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用、介護保険対象外サービスの利用は全額自己負担となります。

※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、ご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。表記サービス区分以外の場合は、介護保険が定める、介護報酬単価に基づきます。

※やむを得ない事情でかつ、利用者の同意を得て、２人で訪問した場合は、２人分の料金となります。

②加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

サービスの実施による加算　※地域区分別 1 単位あたりの単価 10.70（5 級地）

| 加算の種類 | 要件 | 利用料 | 利用者負担額 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 1 割 | 2 割 | 3 割 |
| 夜間・早朝加算 | 夜間（18:00～22 時）、早朝（6 時～8 時）にサービスを提供した場合 | 1 回につき基本利用料の 25% | | | |
| 深夜加算 | 深夜（22 時～翌朝 6 時）にサービスを提供した場合 | 1 回につき基本利用料の 50% | | | |
| 緊急時訪問介護加算 | 利用者や家族等から要請を受け、緊急に身体介護をサービスを行った場合 | 1 回につき 1,070 円 | 107 円 | 214 円 | 321 円 |
| 初回加算 | 新規に訪問介護計画を作成した利用者にサービス提供責任者が自ら訪問介護を行うか、他の訪問介護員に同行した場合 | 1 月につき 2,140 円 | 214 円 | 428 円 | 642 円 |
| 生活機能向上連携加算 | 訪問リハビリテーションの理学療法士等とサービス提供責任者が共同して訪問介護計画を作成した場合（初回の訪問介護から 3 か月間を限度） | 1 月につき 1,070 円 | 107 円 | 214 円 | 321 円 |

③加算の基準に適合していると県に届け出している加算

| 加算の種類 | 利用料・利用者負担 |
|---|---|
| 介護職員処遇改善加算Ⅰロ | 1 月につき所定単位数の 28.7%を加算 |

（2）第１号訪問事業

第１号訪問事業を提供した場合は、住所地の市町村が定める基準によるものとします。

介護保険負担割合証に記載の割合（1 割・2 割・3 割負担）に応じた額の支払いとなります。また、給付の範囲を超えたサービス利用、第１号事業対象外サービスの利用は全額自己負担となります。

① 地域区分別１単位当たりの単価 10.70（５級地）

| 項　　目 | 通常の利用料金（月額） | 利用料金(月額１割) | 利用料金（月額２割） | 利用料金（月額３割） |
|---|---|---|---|---|
| 訪問型サービスⅠ（週１回程度） | 12,583 円 | 1,258 円 | 2,517 円 | 3,775 円 |
| 訪問型サービスⅡ（週２回程度） | 25,135 円 | 2,514 円 | 5,027 円 | 7,541 円 |
| 訪問型サービスⅢ（週２回を超える） | 39,878 円 | 3,988 円 | 7,976 円 | 11,964 円 |

※契約期間が１ヶ月に満たない場合は、契約日より契約月末までの日数を乗じた金額となります。

②サービスの実施による加算

| 加算の種類 | 要　　件 | 利用料 | 利用者負担額 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | １割 | ２割 | ３割 |
| 初回加算 | 新規に訪問介護計画を作成した利用者にサービス提供責任者が自ら訪問介護を行うか、他の訪問介護員に同行した場合 | １月につき 2,140 円 | 214 円 | 428 円 | 642 円 |
| 生活機能向上連携加算 | 訪問リハビリテーションの理学療法士等とサービス提供責任者が共同して訪問介護計画を作成した場合（初回の訪問介護から３か月間を限度） | １月につき 1,070 円 | 107 円 | 214 円 | 321 円 |

③加算の基準に適合していると県に届け出している加算

| 加算の種類 | 利用料・利用者負担 |
|---|---|
| 介護職員処遇改善加算Ⅰロ | １月につき所定単位数のの 28.7%を加算 |

（３）キャンセル料

サービスをキャンセルされる場合は、下記のキャンセル料をいただきます。

ただし、利用者の容態の急変や急な入院等、緊急やむを得ない事情がある場合は請求しません。利用を中止される場合は、至急、ご連絡下さい。

| | |
|---|---|
| 利用の前日１７時前までに連絡があった場合 | 無料 |
| 利用の前日１７時以降に連絡があった場合<br>利用日の当日に連絡があった場合<br>連絡がなかった場合 | ・当該基本料金の 50%<br>・第１号訪問事業は<br>月定額制のためキャンセル料は発生しません |

（４）その他

①ご利用者の住まいで、ヘルパーがサービスを提供するために使用する水道、ガス、電気等の費用はお客様のご負担になります。

②料金のお支払方法

毎月 15 日までに前月分の請求をいたしますので、郵便局・金融機関からの引落しまたは郵便局指定口座への振込となります。

支払いを確認しましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管してください。

（医療費控除の還付請求の際に必要となる事があります。）

## 4、サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

まずは、事業所までお電話等でお申し込み下さい。当事業所職員がお伺いいたします。訪問介護計画又は第１号訪問事業に係る計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

※居宅サービス計画（ケアプランまたは介護予防マネジメント）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員（ケアマネジャー）とご相談ください。

（2）サービスの終了

①ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の１週間前までに文書でお申し出ください。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等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がございます。その場合は、終了１ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了は、以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

・ご利用者が介護保険施設に入所した場合

・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当と認定された場合または第１号訪問事業の対象外と認定された場合

・利用者様が亡くなられた場合

（3）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、ご利用者ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は、当事業所が破産した場合、ご利用者は文書で解約を通知することによって即座サービスを終了することができます。ご利用者が、サービス利用料金の支払が２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１ヶ月以内に支払わない場合、又はご利用者やご家族などが当社や当事業所のヘルパーに対して本契約を継続し難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。

## 5、当事業所の訪問介護サービスの特徴等

（1）運営方針

当事業所は、社会福祉法人の事業です。ご高齢者やご家族の方々が住み慣れた所で、地域に住む方々と一緒に、いつまでも安心して暮らしていける、そんな街作りのお手伝いをしたいと思っています。そして「年をとっても、普段の暮らしができるお手伝い」、これが私たちのサービスへの思いです。

（2）サービス利用のために

| 事項 | 有 | 備考 |
|---|---|---|
| ヘルパーの変更の可否 | ○ | 変更を希望される方はお申し出ください |
| 職員への研修・健康診断の実施 | ○ | 実施しています |
| サービスマニュアルの作成 | ○ | |

## ６、個人情報の保護（秘密の保持）

（1）従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

（2）利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いません。又利用者のご家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。

（3）利用者又はその家族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ます。

## ７、緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者に病状の急変等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業者への連絡をいたします。

| | | |
|---|---|---|
| 主治の医師 | 医療機関の名称 | |
| | 氏　　名 | |
| | 所　在　地 | |
| | 電 話 番 号 | |
| 緊急連絡先（家族等） | 氏　　名 | |
| | 連　絡　先 | |
| ケアマネジャー | 事業所名： | |
| 訪問介護 | 介護ステーションぱる　　電話 048-434-6205 | |

## ８、事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

| | |
|---|---|
| 保険会社名 | 日新火災海上保険 |
| 保険名 | 総合賠償責任保険 |

## 9、虐待の予防

（1）虐待防止に関する責任者を選定します

（虐待防止に関する責任者）　管　理　者　　川島　尚美

（2）成年後見制度の利用を支援します

（3）従業員に対して、虐待防止に関する研修を実施します

（4）サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者（現に擁護している家族・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、これを居宅介護支援事業所、市町村の担当、地域包括支援センターに通報します。

## 10、非常災害対策

事業所は、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から火災・風水害・地震等の自然災害並びに感染症に対応するため、事業継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シュミレーション）を実施します

## 11、サービス利用にあたっての禁止事項について

利用者・家族・関係者等において、次の事項に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、やむを得ずサービスを終了する場合があります。

（1）従業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

（2）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

（3）サービス利用中に従業員の写真や動画撮影、録音を無断で SNS などに掲載すること

## 12、感染症の予防およびまん延の防止について

（1）職員その他の従業者に対し、感染症の予防およびまん延の防止のための訓練を定期的に実施します。

（2）当事業所内において、感染症の発生またはそれが疑われる状況が生じた時は、速やかに対応を行います。

（3）感染症の利用者またはそれらの疑いのある方の状態に応じ、管轄の市町村または保健所に報告し指示を求めること、その他の措置を講じます。

## 13、サービス提供に関する相談、苦情

① 当事業所ご利用者相談・苦情受付窓口

＊ご不明な点は、なんでもおたずねください。

〔利用者相談兼苦情受付担当者〕

〈職名〉サービス提供責任者　　氏名〉　川島　尚美　　嶽崎　由香子

電話　０４８－４３４－６２０５（月曜日～金曜日　９時～１８時まで）

②　〔苦情解決責任者〕　〈職名〉在宅サービス部長　吉野　亜矢

電話　０４８－４３４－６２０５（月曜日～金曜日　９時～１８時まで）

＊苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによる、円滑な解決に努めます。

③その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口、埼玉県国民健康保険団体連合会苦情係り等に苦情を伝えることができます。

戸田市健康長寿課　　：048-441-1800
蕨市健康長寿課　　：048-433-7756
川口市介護保険担当　：048-258-1110
埼玉県国民健康保険団体連合会介護保険課　苦情対応係：048-824-2568

【説明確認欄】

令和　　年　　月　　日

訪問介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項の説明をしました。

〔事業者〕　社会福祉法人ぱる
〔事業者住所〕　埼玉県戸田市喜沢南２丁目５番23号
〔事業所〕　介護ステーションぱる（訪問介護）
〔事業所住所〕　埼玉県戸田市喜沢南２丁目５番８号
〔代表者〕　管理者　川　島　尚　美　　印

〔説明者〕 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、契約書及び本書面により、事業所から訪問介護サービスに関する重要事項の説明を受け同意しました。

【利用者】〔住所〕＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〔氏名〕＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【代理人】〔住所〕＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〔氏名〕＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

2026.9.11