

# 【訪問介護重要事項説明書】

令和 8 年 7 月 1 日 現在

## 1 事業者の概要

|       |                 |
|-------|-----------------|
| 法人名   | 株式会社HITOWA      |
| 代表者氏名 | 須原 清貴           |
| 法人所在地 | 東京都港区港南二丁目15番3号 |
| 電話番号  | 03-6632-7702    |
| 設立年月日 | 令和2年5月7日        |

## 2 事業所の概要

|          |                     |           |                          |
|----------|---------------------|-----------|--------------------------|
| 事業所名称    | イリーゼ仙台柏木訪問介護センター    |           |                          |
| 事業所の所在地  | 〒 9 8 1 - 0 9 3 3   |           |                          |
|          | 宮城県仙台市青葉区柏木3丁目3番10号 |           |                          |
| 事業所の電話番号 | 022-301-8361        |           |                          |
| 管理者      | 曾根 啓貴               |           |                          |
| 指定事業所番号  | 仙台市指定               | ( 第       | 0475106209 号)            |
| 指定年月日    | 令和 8 年 3 月 1 日      |           |                          |
| 併設サービス   | サービス種類              | 有料老人ホーム事業 | 事業所名称 イリーゼ仙台柏木           |
|          | サービス種類              | 居宅介護支援    | 事業所名称 イリーゼ仙台柏木居宅介護支援事業所  |
|          | サービス種類              | 訪問看護      | 事業所名称 イリーゼ仙台柏木訪問看護ステーション |

## 3 事業の目的及び運営の方針

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 目的   | 当事業所は、適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、当事業所の介護福祉士又は訪問介護員研修の修了者等が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問介護を提供することを目的とします。                                                                                                                                                                       |
| 運営方針 | <p>① 当事業所の訪問介護員等は、要介護状態にある高齢者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて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、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行います。</p> <p>② 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、その他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。</p> |

## 4 事業実施地域及び営業時間

|            |                                                    |
|------------|----------------------------------------------------|
| 通常の事業の実施地域 | 仙台市                                                |
| 営業日        | 日曜日から土曜日(祝日も営業)                                    |
| 営業時間       | 午前9時00分から午後6時00分までとする。<br>(受付時間午前9時00分から午後5時00分まで) |
| サービス提供時間   | 24時間体制                                             |

\* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

## 5 事業所の職員体制

- (1) 管理者 1 名

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従事者に事業に関する法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。

- (2) サービス提供責任者 1 名以上

サービス提供責任者は、事業所に対する指定訪問介護の利用の申込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、訪問介護計画の作成等を行う。

- (3) 訪問介護員等 常勤換算 2.5 名以上

訪問介護員等は、指定訪問介護の提供にあたる。

## 6 サービス提供方法、内容

指定訪問介護の内容は、居宅サービス計画に基づいてサービスを行うものとし、次に掲げるサービスから 利用者が選定したサービスを提供します。

- ① 身体介護 食事介助、排泄介助、入浴(清拭)介助、着替介助、体位交換、外出介助等
- ② 生活介助 食事の支度、洗濯、掃除、買い物、薬の授受等

## 7 指定居宅介護支援事業者との連携等

- (1) 指定訪問介護の提供にあたっては、利用者にかかる指定居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、そのおかれている環境、他の保健・医療・福祉サービスの利用状況等の把握に努めます。
- (2) 利用者の生活状況の変化、サービス利用方法・内容の変更希望があった場合、当該利用者担当の指定居宅介護支援事業者に連絡するとともに、綿密な連携に努めます。
- (3) 正当な理由なく指定訪問介護の提供を拒みません。ただし、通常の事業実施地域等を勘案し、利用希望者に対して指定訪問介護の提供が困難と認めた場合、当該利用者にかかる指定居宅介護支援事業者と連携し、必要な措置を講じます。

## 8 個別サービス計画の作成等

- (1) 指定訪問介護の提供を開始する際には、利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている状況並びにご家族等介護者の状況を十分に把握し、個別サービス計画を作成します。また、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、その内容に沿った個別サービス計画を作成いたします。
- (2) 個別サービス計画の作成・変更の際には、利用者又は家族に対し、当該計画の内容を説明し、同意を得ます。
- (3) 利用者に対し、個別サービス計画に基づいて各種サービスを提供するとともに、継続的なサービスの管理、評価を行います。

## 9 サービス提供の記録

訪問介護員等は、指定訪問介護を提供した際には、提供日、提供した具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況その他必要な事項を記録します。また、利用者からの申し出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供いたします。

## 10 利用料金

### (1) 料金表

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、負担割合に応じて徴収させていただきます。  
ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

サービス種類： 訪問介護

法定代理受領の場合は下記金額の1割から3割(但し介護保険負担割合証に準ずる)  
(利用者負担の減免・公費負担等がある場合、その負担額による。)

#### 【利用者負担額(基本料金)の算出方法】

単位数×地域区分別1単位の単価(円)=A(小数点以下切り捨て)

$A \times 0.9$ (※)=B(小数点以下切り捨て) ※自己負担割合1割の場合。自己負担割合2割の場合0.8、3割の場合0.7で計算

$A - B$  = 利用者負担額

※当該事業所の地域区分は下記のとおりです。

| 地域  | 地域区分 | 1単位あたりの単価(円) |
|-----|------|--------------|
| 仙台市 | 6級地  | 10.42        |

#### 【訪問介護費】

| サービス種類   | 時間区分<br>(所要時間)      | 単位数/回<br>※1 | 利用料金   |      |        |        |
|----------|---------------------|-------------|--------|------|--------|--------|
|          |                     |             | 10割    | 1割負担 | 2割負担   | 3割負担   |
| 身体介護(※1) | 20分未満               | 163         | 1,698円 | 170円 | 340円   | 510円   |
|          | 20分以上30分未満          | 244         | 2,542円 | 255円 | 509円   | 763円   |
|          | 30分以上60分未満          | 387         | 4,032円 | 404円 | 807円   | 1,210円 |
|          | 60分以上90分未満          | 567         | 5,908円 | 591円 | 1,182円 | 1,773円 |
|          | 以降30分を増すごとに         | 82          | 854円   | 86円  | 171円   | 257円   |
| 生活援助     | 20分以上45分未満          | 179         | 1,865円 | 187円 | 373円   | 560円   |
|          | 45分以上               | 220         | 2,292円 | 230円 | 459円   | 688円   |
|          | 身体介護に引き続き生活援助を行った場合 | 65          | 677円   | 68円  | 136円   | 204円   |

※1) 同時に二人の訪問介護員等が一人の利用者に対して指定訪問介護を行った場合所定単位数の100分の200に相当する単位数を算定する。  
「身体介護」において所要時間90分以上の場合は、所要時間30分を増すごとに82単位を加算する。

【加算】

| 算定<br>に☑                            | 種類                             | 算定方法                               | 単位数       | 利用料金   |      |      |      |
|-------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-----------|--------|------|------|------|
|                                     |                                |                                    |           | 10割    | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 初回加算                           | 初回若しくは初回訪問を行った日が属する月に算定            | 200       | 2,084円 | 209円 | 417円 | 626円 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 緊急時訪問介護加算                      | 1回につき                              | 100       | 1,042円 | 105円 | 209円 | 313円 |
| <input type="checkbox"/>            | 生活機能向上連携加算(Ⅰ)                  | 初回若しくは初回訪問を行った日が属する月に算定            | 100       | 1,042円 | 105円 | 209円 | 313円 |
| <input type="checkbox"/>            | 生活機能向上連携加算(Ⅱ)                  | 初回若しくは初回訪問を行った日が属する月以降3月の間、1月につき算定 | 200       | 2,084円 | 209円 | 417円 | 626円 |
| <input type="checkbox"/>            | 認知症専門ケア加算(Ⅰ)                   | 1日につき                              | 3         | 31円    | 4円   | 7円   | 10円  |
| <input type="checkbox"/>            | 認知症専門ケア加算(Ⅱ)                   | 1日につき                              | 4         | 41円    | 5円   | 9円   | 13円  |
| <input type="checkbox"/>            | 口腔連携強化加算                       | 1月につき                              | 50        | 521円   | 53円  | 105円 | 157円 |
| <input type="checkbox"/>            | 特定事業所加算(Ⅰ)<br>厚生労働大臣が定める基準に適合時 | 1月につき                              | 所定単位数の20% |        |      |      |      |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 特定事業所加算(Ⅱ)<br>厚生労働大臣が定める基準に適合時 | 1月につき                              | 所定単位数の10% |        |      |      |      |
| <input type="checkbox"/>            | 特定事業所加算(Ⅲ)<br>厚生労働大臣が定める基準に適合時 | 1月につき                              | 所定単位数の10% |        |      |      |      |
| <input type="checkbox"/>            | 特定事業所加算(Ⅳ)<br>厚生労働大臣が定める基準に適合時 | 1月につき                              | 所定単位数の3%  |        |      |      |      |
| <input type="checkbox"/>            | 特定事業所加算(Ⅴ)<br>厚生労働大臣が定める基準に適合時 | 1月につき                              | 所定単位数の3%  |        |      |      |      |

|                                     |                                          |       |                     |  |  |  |  |
|-------------------------------------|------------------------------------------|-------|---------------------|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 早朝・夜間<br>午後6時～<br>午後10時<br>午前6時～<br>午前8時 | 1回につき | 所定単位数<br>の25%       |  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 深夜<br>午後10時～<br>午前6時                     | 1回につき | 所定単位数<br>の50%       |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>            | 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ                          |       | (介護報酬総単位数＋加算)×27.0% |  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ                          |       | (介護報酬総単位数＋加算)×28.7% |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>            | 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ                          |       | (介護報酬総単位数＋加算)×24.9% |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>            | 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ                          |       | (介護報酬総単位数＋加算)×26.6% |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>            | 介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)                           |       | (介護報酬総単位数＋加算)×20.7% |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/>            | 介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)                           |       | (介護報酬総単位数＋加算)×17.0% |  |  |  |  |

○ 緊急時訪問介護加算

- ・ 利用者又は家族からの要請に基づき、サービス提供責任者が介護支援専門員と連携、必要と認めた場合、居宅サービス計画書等に位置づけられていない訪問介護を緊急に行った場合。

○ 生活機能向上連携加算(Ⅰ)

- ・ サービス提供責任者がリハビリテーション事業所、リハビリテーションを実施している医療施設の医師等の助言に基づき、生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成し、実施した場合。

○ 生活機能向上連携加算(Ⅱ)

- ・ リハビリテーション事業所、リハビリテーションを実施している医療施設の医師等にサービス提供責任者が同行する又は訪問後にカンファレンスを行い、利用者の身体の状況等の評価を共同して行い生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成した場合。

○ 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100分の50以上、且つ専門的な認知症ケアを実施
- ・ 認知症介護実践リーダー研修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名未満の場合は1名以上、20名以上の場合は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
- ・ 当該事業所の従業員に対して、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に開催

○ 認知症専門ケア加算(Ⅱ)

- ・ 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、且つ専門的な認知症ケアを実施
- ・ 認知症介護実践リーダー研修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名未満の場合は1名以上、20名以上の場合は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
- ・ 当該事業所の従業員に対して、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に開催
- ・ 介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施又は実施を予定

○ 口腔連携強化加算

- ・ 事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施し、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、評価の結果を情報提供した場合。

○ 特定事業所加算(Ⅰ) 以下の(1)(2)(3)(4)(5)(8)(9)(10)のいずれにも適合し、(13)又は(14)及び(6)に該当すること。

○ 特定事業所加算(Ⅱ) 以下の(1)(2)(3)(4)(5)のいずれにも適合し、(9)又は(10)に該当すること。

○ 特定事業所加算(Ⅲ) 以下の(1)(2)(3)(4)(5)のいずれにも適合し、(11)又は(12)、(13)又は(14)及び(6)に該当すること。

○ 特定事業所加算(Ⅳ) 以下の(1)(2)(3)(4)(5)のいずれにも適合し、(11)又は(12)に該当すること。

○ 特定事業所加算(Ⅴ) 以下の(1)(2)(3)(4)(5)(7)(8)のいずれにも適合すること。

- (1) 指定訪問介護事業所の全ての訪問介護員等に対し、訪問介護員等・サービス提供責任者ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修を実施又は実施を予定していること。
  - (2) 利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該訪問介護事業所における訪問介護員等の技術指導を目的とした会議を定期的に行っていること。
  - (3) 指定訪問介護の提供に当たっては、サービス提供責任者が、当該利用者を担当する訪問介護員等に対し、当該利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等の確実な方法により伝達してから開始するとともに、サービス提供終了後、担当する訪問介護員等から適宜報告を受けること。
  - (4) 当該指定訪問介護事業所の全ての訪問介護員等に対し、健康診断等を定期的に実施すること。
  - (5) 指定居宅サービス等基準第29条第六号に規定する緊急時等における対応方法が利用者に明示されていること。
  - (6) 病院、診療所又は訪問看護ステーションの看護師との連携により、24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて訪問介護を行うことができる体制の整備、看取り期における対応方針の策定、看取りに関する職員研修の実施を行っていること。
  - (7) 通常の事業の実施地域内であって中山間地域等に居住する者に対して、継続的にサービスを提供していること。
  - (8) 利用者の心身の状況またはその家族等を取り巻く環境の変化に応じて、訪問介護事業所のサービス提供責任者等が起点となり、随時、介護支援専門員、医療関係職種等と共同し、訪問介護計画の見直しを行っていること。
  - (9) 当該指定訪問介護事業所の訪問介護員等の総数のうち、介護福祉士の占める割合が100分の30以上又は介護福祉士、実務者研修修了者並びに介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の占める割合が100分の50以上であること。
  - (10) 全てのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士、又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者若しくは介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者
  - (11) サービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置していること。
  - (12) 訪問介護員等の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。
  - (13) 利用者のうち、要介護4、5である者、日常生活自立度(Ⅲ、Ⅳ、M)である者、たんの吸引等を必要とする者の占める割合が100分の20以上であること。
  - (14) 看取り期の利用者への対応実績が1人以上であること。
- 介護職員等処遇改善加算
- ・ 厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施し、都道府県知事に届け出ている場合。

#### 【減算】

| 種類                 | 要件                                                                                                                   | 単位数又は減算率                 |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 同一建物減算             | ①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者(②及び④に該当する場合を除く)                                                                     | 所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定 |
|                    | ②事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合                                                                  | 所定単位数の100分の85に相当する単位数を算定 |
|                    | ③上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者(当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)                                                                | 所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定 |
|                    | ④正当な理由なく、事業所において、前6月間に提供した訪問介護サービスの提供総数のうち、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者(②に該当する場合を除く)に提供されたものの占める割合が100分の90以上である場合 | 所定単位数の100分の88に相当する単位数を算定 |
| 業務継続計画未策定事業所に対する減算 | 感染症や非常災害の業務継続計画未策定及び当該業務継続計画に従い必要な措置未実施時                                                                             | 所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算  |
| 高齢者虐待防止措置未実施減算     | 虐待の発生又はその再発を防止するために必要な措置未実施時                                                                                         | 所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算  |

### 【その他の料金】

- ・ 公共交通機関使用時は、実施地域を越えた地点からの交通費は実費
- ・ 車で訪問の場合、通常の事業の実施地域を越えた地点から片道1kmにつき 10円
- ・ キャンセル料  
利用日の前日17:00までに事業所へ連絡があった場合 無料  
上記以外の場合 一律 1,000円

### (2) 料金のお支払い方法

毎月、20日頃までに前月分の請求をいたします。ご指定の口座より27日に引落しさせていただきます。

### (3) その他

利用者の住まいで、サービスを提供するために使用します。水道、ガス、電気等の費用は利用者のご負担になります。

## 11 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申込下さい。当事業所職員がお伺い致します。  
訪問介護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。

\* 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

### (2) サービスの終了

#### ① 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下さい。

#### ② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足や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

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。

- 一 利用者が介護保険施設に入所した場合
- 二 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護・要支援認定区分が、非該当(自立)
- 三 利用者がお亡くなりになった場合

#### ④ その他

- 一 当社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、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、または当社が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- 二 利用者がサービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう勧告したにもかかわらず7日以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが当社や当事業所職員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きます。

## 12 事故発生の防止策及び事故発生時の対応方法

- (1) 当事業所は、安全かつ適切に、質の高い介護保険サービスを提供するために、サービスの安全性はもとより、職員の健康管理、事故防止に努め、当事業所の保全について計画的に取り組めます。
- (2) 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村、利用者のご家族、利用者に係る居宅介護支援事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。
- (3) 前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。
- (4) 利用者に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。

## 13 緊急時における対応方法

サービスの提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、ご家族、主治医、救急機関、担当の居宅介護支援事業者等に連絡いたします。

|       |         |                      |      |  |
|-------|---------|----------------------|------|--|
| 当事業所  | 担当者名    | 曾根 啓貴                |      |  |
|       | 連絡先     | 022-301-8361         |      |  |
|       | 受付時間    | 緊急時24時間連絡が取れる体制をとります |      |  |
| 医療機関等 | 医療機関名   |                      |      |  |
|       | 主治医等の氏名 |                      |      |  |
|       | 連絡先     |                      |      |  |
| 緊急連絡先 | 氏名      |                      | (続柄) |  |
|       | 連絡先     |                      |      |  |

## 14 衛生対策

- (1) 当事業所は、訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、適宜、健康診断等を実施します。
- (2) 当事業所は、設備及び備品等の衛生的な管理に努めるものとします。
- (3) 当事業所は、感染症が発生又はまん延しないように必要な措置を講じるものとします。

## 15 感染症や災害対策

- (1) 当事業所は感染症・災害対策として次の取組を実施します。
  - ① 感染症の発生及びまん延等の防止のため、委員会を設置し適宜開催
  - ② 感染症及び災害対応指針を定め、各対応マニュアルによる研修の実施、対応訓練を実施
- (2) 当事業所は、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できるよう、業務継続に向けた計画等を策定し、必要な研修の実施、対応訓練を実施します。

## 16 身体拘束・虐待防止のための措置に関する事項

- (1) 当事業所は、利用者の人権の擁護・身体拘束・虐待等の発生又は再発の防止のため次の措置を講ずるものとします。
- ① 委員会の設置、開催、担当者の選定、委員会で検討を行った結果について従業者に周知
  - ② 指針の整備、当事業所職員に対する研修の実施
  - ③ 人権の擁護・身体拘束・虐待の防止のための当事業所職員に対する研修の実施
  - ④ 利用者及びそのご家族からの苦情処理体制の整備
  - ⑤ その他身体拘束・虐待防止のために必要な措置は高齢者虐待・身体拘束防止マニュアルに準ずる
- (2) 事業所は、利用者の生命又は身体を保護するため緊急時止むを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わない。ただし、緊急時止むを得ず身体拘束等を行う場合には非代替性、一時性、切迫性の3つの要素をすべて満たし、検討の上、必ず個別に説明をした上で行うこととする。また、その経過及び結果を記録する。記録に関しては、その態様及び時間、その際の利用者の心身状況、その理由を記録し5年間保存し、ご家族等の要求がある場合及び監督機関等の指示等がある場合には、これを開示する。要件に該当しなくなった場合には、直ちに身体拘束を解除する。

## 17 苦情処理

管理者は、提供した指定訪問介護に関する利用者からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、担当者を置き、事実関係の調査を実施し、改善措置を講じ、利用者及びご家族に説明するものとします。

### ① 当事業所における苦情の受付

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

|        |            |      |                                |
|--------|------------|------|--------------------------------|
| 苦情受付窓口 | 当事業所<br>窓口 | 担当者  | 曾根 啓貴                          |
|        |            | 電話番号 | 022-301-8361                   |
|        |            | 受付時間 | 午前9時00分から午後5時00分               |
|        | 法人窓口       | 窓口名称 | 株式会社HITOWA お客様相談センター           |
|        |            | 電話番号 | 0120-765-600                   |
|        |            | 受付時間 | 午前9時00分から午後5時00分（12/31～1/3を除く） |

### ② 機関その他受付窓口

|                           |      |              |
|---------------------------|------|--------------|
| 青葉区役所介護保険課介護保険係           | 電話番号 | 022-225-7211 |
| 宮城県国民健康保険団体連合会介護保険課苦情相談窓口 | 電話番号 | 022-222-7700 |
| 仙台市介護事業支援課居宅サービス指導係       | 電話番号 | 022-214-8192 |
|                           | 電話番号 |              |

## 18 個人情報の保護

- (1) 当事業所は、利用者及びそのご家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取扱いに努めるものとします。
- (2) 当事業所が得た利用者及びそのご家族の個人情報については、当事業所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利用者及びそのご家族の同意を得るものとします。

## 19 その他運営についての留意事項

- (1) 当事業所は、訪問介護員等の資質の向上を図るため、研修の機会を次の通り設けるものとし、又、業務体制を整備します。
  - 一 採用時研修 採用後1カ月以内
  - 二 継続研修 年4回以上
- (2) 当事業所職員は業務上知り得た利用者又はそのご家族の秘密を保持します。
- (3) 当事業所職員であった者に、業務上知り得た利用者又はそのご家族の秘密を保持させるため、当事業所職員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を、当事業所職員との雇用契約及び誓約書に明記します。
- (4) 当事業所は、事業に関する諸記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。
- (5) 当事業所における第三者評価の実施状況は次の通りです。

|                   |   |    |        |   |    |   |    |
|-------------------|---|----|--------|---|----|---|----|
| 第三者による評価<br>の実施状況 | □ | あり | 直近の実施日 | 年 | 月  | 日 |    |
|                   |   |    | 評価機関名称 |   |    |   |    |
|                   |   |    | 結果の開示  | □ | あり | □ | なし |
|                   | ☑ | なし |        |   |    |   |    |

- (6) この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は株式会社HITOWAの代表と事業所の管理者との協議に基づき定めるものとします。

20 当社の概要 令和 8 年 7 月 1 日 現在

1 施設・拠点等

|                    |    |    |
|--------------------|----|----|
| 居宅介護支援             | 15 | か所 |
| 訪問介護               | 42 | か所 |
| 通所介護               | 6  | か所 |
| (介護予防)認知症対応型通所介護   | 0  | か所 |
| 地域密着型通所介護          | 1  | か所 |
| (介護予防)特定施設入居者生活介護  | 80 | か所 |
| 介護専用型特定施設入居者生活介護   | 18 | か所 |
| (介護予防)短期入所生活介護     | 1  | か所 |
| (介護予防)認知症対応型共同生活介護 | 3  | か所 |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護   | 2  | か所 |
| 夜間対応型訪問介護          | 0  | か所 |
| (介護予防)訪問看護         | 5  | か所 |
| (介護予防)福祉用具貸与       | 2  | か所 |
| (介護予防)特定福祉用具販売     | 2  | か所 |

訪問介護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な事項を説明しました。

年 月 日

(事業者) 所在地 東京都港区港南二丁目15番3号  
 名 称 株式会社HITOWA  
 (事業所) 所在地 宮城県仙台市青葉区柏木3丁目3番10号  
 名 称 イリーゼ仙台柏木訪問介護センター

説明者 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定訪問介護についての重要な事項の説明・交付を受け、その内容に同意しました。

年 月 日

(利用者) 住所  
 氏名 印

(署名代行者) 住所  
 氏名 印 (続柄 )