

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）重要事項説明書 令和6年6月1日～

利用者に対するサービスの提供開始にあたり、当事業所の概要やサービス内容、契約上ご注意いただきたい事を説明するものです。

1 事業者の概要

たすけあいの会ふきのとうは、非営利の事業者（法人）です。

市民みんなが自分らしく生活できる為の支援を行います。

①事業者名・・・認定NPO法人たすけあいの会ふきのとう

②所在地・・・千葉県四街道市四街道1521-19

③電話番号・・・043-424-0233（代）

④代表者氏名・・・森 明子

⑤設立年月・・・1998年10月1日

2 事業所の概要

①事業所の種類・・・介護予防・日常生活支援総合事業指定訪問介護事業所

千葉県指定 No.1273300127

②事業所の名称・・・たすけあいの会ふきのとう

③事業所所在地・・・千葉県四街道市四街道1521-19

④電話番号・・・043-424-0233

⑤担当者氏名・・・管理者：森 明子

サービス提供責任者：片野 由美子・佐藤 享子

⑥開設年月・・・2006年4月1日

⑦サービス提供地域・・・四街道市の全域

⑧営業日・・・月～金 但し12月29日～1月3日、祝祭日を除く

⑨受付時間・・・営業日のAM9時～PM17時30分

⑩サービス提供時間・・・月～土：AM8時～PM18時（日・祝・12/29～1/3：休み）

（上記の原則休みの日やサービス時間については、必要に応じて相談に応じます）

3 事業所の職員体制

| R6年4月1日現在 | 該当資格 | 常勤 | 非常勤 |
|-----------|---------------------------------------|-------------|-----|
| 管理者 | なし | 1名 | |
| サービス提供責任者 | 介護福祉士・実務者研修終了・ヘルパー1級 | 1名以上 | |
| 訪問介護員 | 介護福祉士・実務者研修終了・ヘルパー1級・介護従事者 初任者研修終了 | 常勤換算で2.5名以上 | |

4 提供サービス（契約書 第4条）

第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）

内容：訪問介護員による身体介護、生活援助

身体介護・・・食事介助、入浴介助、排泄介助、清拭介助、体位交換 など

*医療行為は行いません

*通院、入院中の介助は、制度外となります。

生活援助・・・調理、洗濯、掃除 など

*利用者以外の掃除、洗濯、調理は、原則行いません。（例：家族の洗濯など）

*日常生活範囲外の家事は、原則行いません。

（例：大掃除、家具の配置換え、草取りなど）

*預貯金の引き出し、預け入れ、通帳、カードの預かりは行いません。

5 利用料（契約書 第6条 第7条 4項）

サービスを利用した場合の「基本利用料」は

「別紙（第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）料金表）」に示す通りです。

（1）利用者負担額（1割・2割・3割 負担割合証による）

お支払いいただく「利用者負担額」は、原則として基本利用料に利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。

《「別紙 第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）料金表」の説明》

【地域加算】・・・・・・・・・・利用料に含まれます。四街道市は、10.70です。

【介護職員処遇加算】・・・・・・当事業所の利用者負担額に加算されます。

【初回訪問加算】・・・・・・・・・・200単位

【特定事業所加算】・・・・・・現在、当事業所は該当しておりません。

（2）実費負担額：交通費

利用者等に関する交通費は四街道市内は無料ですが、市外では、原則300円です。

（3）キャンセル料

利用者の都合でケアを中止する場合、原則、キャンセル料は発生いたしません。

第1号訪問事業のサービスが、定額介護給付であるなどの理由によります。

☆キャンセルが必要になった場合は、至急ご連絡下さい。（連絡先 424-0233）

(4) その他

- ①利用者宅で、サービス実施の為に使用するものは、利用者の負担となります。
 - ・水道、ガス、電気などの費用
 - ・訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話代など
- ②利用料等は、毎月月上旬に、前月分の請求をいたしますので、その月の末日までにお支払いください。引き換えに領収書を発行いたします。
利用料等のお支払いは、原則、郵便振替払込でお願いいたします。(他、銀行・郵便振込み)
- ③介護給付費体系の変更などで、利用者負担の算定が変わった場合、契約書別紙や重要事項説明書、別紙（第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）料金表）の一部の差し替えなどで対応いたします。

6 サービス利用に関する留意事項（契約書 第3条 第5条 第7条）

(1) サービスについて

利用者が不在の場合、サービスの提供はできませんのでご了承ください。

- ① サービスは、「介護予防サービス計画」に基づいて行います。又、実施に関する指示は事業所が行います。実施の際は、利用者の状況・事情・意向等について十分に配慮します。
- ② 利用者の都合により、サービス利用予定日の変更や、サービスの追加をする事ができます。また、事業者がやむをえず変更等をお願いする場合があります。その際、変更・追加のご希望日時に対応できない時、利用可能日時の提示等の調整に努めます。
- ③ 訪問介護員が「サービス提供記録」に実施日時・内容等を記録し、利用者によるその内容の確認として、サービス提供記録用紙（利用者欄）に捺印をいただきます。
- ④ サービス提供時間には、記録を記入する時間（約5分）も含まれます。

(2) 訪問介護員について

- ① 訪問する訪問介護員の変更や、担当する訪問介護員が交替する場合があります。その際には、予め利用者に説明するとともに、利用者等に対してサービス上の不利益が生じないように十分に配慮します
- ② 利用者や家族等から、特定の訪問介護員の指名は出来ません。
※訪問介護員のご要望やご意見等がある場合は、お申し出・ご相談ください。

(3) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません

- ① 医療行為
- ② 利用者等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
- ③ 利用者もしくはその家族等からの金銭又は物品、飲食の授受
- ④ 利用者の家族等に対するサービスの提供

- ⑤ 飲酒・喫煙及び利用者等の同意なしの飲食
- ⑥ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑦ 利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、及びその他の迷惑行為

7 契約の終了（契約書 第9条 2項 3項）

（1）契約者からの契約終了

契約者の都合で契約を終了する場合、事業者を終了の1週間前の予告期間において、文書または口頭で通知してください。やむを得ない事情がある場合は、終了1週間以内の通知で契約を解約することができます。

（2）事業者からの契約終了

事業所の事情で契約を終了する場合は、契約者に、終了の3週間前までに、理由を示した文書または口頭で通知いたします。やむを得ない事情がある場合は、終了3週間以内の通知で契約を解約することができます。

8 虐待の防止について

事業所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。

| | |
|-------------|----------------|
| 虐待防止に関する責任者 | 訪問介護事業管理者 森 明子 |
|-------------|----------------|

（2）成年後見制度の利用を支援します。

（3）苦情解決体制を整備しています。

（4）従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

（5）介護相談員を受入れます。

（6）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。

9 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防止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。

10 個人情報の記録・情報（契約書 第10条）（付表1・2）

当事業所では関連法令に基づき、利用者等（家族等に関連するものも含む）の記録や情報に対し、適切に利用、管理、保存、開示など行います。

個人情報（付表1・2参照）に関する利用者の確認・同意は、当該重要事項説明書の署名・捺印で行います。

11 損害賠償保険（契約書 第11条）

当事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

| | |
|-------|-------------|
| 保険会社名 | A I G損害保険会社 |
| 保険の名称 | 賠償責任保険（企業用） |

12 緊急時の対応（契約書 第12条）

サービス提供中に容体の急変などがあった場合は、事前の打ち合わせにより主治医、歯科医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者などへ連絡をとる等必要な処置を講じます。

| | |
|-----|-----------|
| 主治医 | 氏名 連絡先 |
| 家族 | 氏名 連絡先 |

（続柄）

【当事業所への 緊急時の連絡】

- ・連絡先 たすけあいの会ふきのとう（事務所）
- ・営業時間内 月～金：9時～17時30分
- ・電話番号 043-424-0233
- ・営業時間外 043-424-0233（時間外：緊急時）

13 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) 従業員に対し、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行います。

(3) 定期的な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。

14 サービス内容に関する 苦情／相談（契約書 第14条）

（1）当事業所『利用者 苦情・相談 窓口』

- ・担当者 管理者：森 明子 サービス提供責任者：片野 由美子・佐藤 享子
- ・受付時間：平日午前9時～午後5時
- ・電話 043-424-0233

（2）その他

四街道市役所（043-421-6122）、 国民健康保険連合会（043-254-7452）
当事業所以外に、上記の苦情・相談窓口、苦情を伝えることができます

令和 年 月 日

第1号訪問事業の提供の開始にあたり、利用者に対する契約書及び本書面に基づき、利用者等に重要事項及び個人情報について説明を行いました。

| | | |
|-----|------|------------------------|
| 事業者 | 住 所 | 千葉県四街道市四街道1521-19 |
| | 名 称 | 認定NPO 法人たすけあいの会ふきのとう |
| | 代表者名 | 森 明子 印 |
| 説明者 | 職 名 | たすけあいの会ふきのとう サービス提供責任者 |
| | 説明者名 | 印 |

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面に基づいて事業者から重要事項及び個人情報についての説明を受け、利用者の訪問介護サービスの開始に同意いたしました。又、私の状況を把握する必要がある時は、サービスの提供を受けている期間、貴事業者・その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に、個人の情報（家族に関連する情報も含む）を提供することに同意します。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

代筆者 住所 _____

（ご家族等）

氏名 _____ 印

別紙 訪問介護料金表（令和6年6月1日～）

【提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について】

| サービス提供区分 | | 介護報酬額 | 利用者負担額 | | |
|----------------------------|-----------------------------|--|--------|---------|---------|
| | | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 身体介護 | 20分未満 (身体0) | 1,740円 | 175円 | 349円 | 524円 |
| | 20分以上 30分未満 (身体1) | 2,605円 | 261円 | 522円 | 783円 |
| | 30分以上 1時間未満 (身体2) | 4,140円 | 414円 | 828円 | 1,242円 |
| | 1時間以上 1時間30分未満 (身体3) | 6,066円 | 607円 | 1,214円 | 1,820円 |
| | 1時間30分以上、 30分増すごとに 追加 | 877円を加算 | 88円を加算 | 176円を加算 | 264円を加算 |
| | 生活援助 | 20分以上 45分未満 (生活2) | 1,915円 | 192円 | 383円 |
| 45分以上 (生活3) | | 2,354円 | 236円 | 471円 | 707円 |
| 身体介護（20分以上）に 生活援助を行った場合 | | 所要時間が20分から起算 して25分を増すごとに 695円を加算 | 70円を加算 | 139円を加算 | 209円を加算 |
| 通院等乗降介助 (片道) | | 1,037円 | 104円 | 208円 | 312円 |

| | 加算 | 利用料 | 利用者負担額 | 算定回数等 |
|--------------|--------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------|
| 要介護度による区分なし | 初回加算 | 2,140円 | 1割:214円 | 初回のみ |
| | | | 2割:428円 | |
| | | | 3割:642円 | |
| | 緊急時訪問介護加算 | 1,070円 | 1割:107円 | 1回の要請に対して1回 |
| | | | 2割:214円 | |
| | | | 3割:331円 | |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅱ | 所定単位数の 224/1000 | 左記の1割 又は2割又 は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) | |

※ 初回加算は、新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回に実施した指定訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら指定訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が指定

訪問介護を行う際に同行訪問した場合に加算します。

- ※ 緊急時訪問介護加算は、利用者やその家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者が介護支援専門員と連携を図り、介護支援専門員が必要と認めたときに、訪問介護員等が居宅サービス計画にない指定訪問介護（身体介護）を行った場合に加算します。
- ※ 生活機能向上連携加算は、利用者に対して指定訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等が指定訪問リハビリテーションを行った際に、サービス提供責任者が同行し当該理学療法等と利用者の身体の状況等の評価を共同して行った場合に加算します。
- ※ 介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。
- ※ 介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算及び介護職員等ベースアップ等支援加算は、区分支給限度基準額の対象外となります
- ※ 地域区分別の単価(5級地 10.70円)を含んでいます。

令和6年 月 日(本人・代理人)

※本人が署名することが困難な場合、本人の意向を受け、署名代筆いたします。