

介護保険法に基づく第一号訪問事業

重要事項説明書

株式会社しき彩

ケアセンターしき彩

介護保険法に基づく第一号訪問事業

重要事項説明書

【1】事業所の概要

事業所名	ケアセンターしき彩
所在地	〒010-0802 秋田市外旭川字三後田140番地
事業所番号	0570126318
管理者	船木 貴紀
サービス提供責任者	船木 貴紀、荒川 志保、渡部 美由紀
電話番号	018-853-6336
FAX番号	018-853-6522
ホームページURL	https://www.shikisai-helper.com
サービス提供地域	秋田市・湯上市



【2】事業所の職員体制等

職名	常勤	非常勤	合計	備考
管理者	1名	名	1名	サービス提供責任者を兼務
サービス提供責任者	3名	名	3名	管理者を兼務
訪問介護員・従業者	名	名	名	10名以上

【3】営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日 祭日、年末年始（12月31日～1月3日）、お盆（8月13日）は除きます。
営業時間	午前8時30分 から 午後5時30分

※ 電話等による24時間連絡可能体制を取っております。

【4】サービス利用料及び利用者負担金

介護保険から給付または第一号事業費支給サービスを利用する場合の利用料は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割または2割・3割です。

利用者負担割合は利用者ごとに異なります。つきましては各市町村より発行されております「介護保険負担割合証」をご確認ください。

※但し、介護保険の給付または第一号事業費支給の範囲を超えた場合は全額自己負担となります。

次に示す利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額および各市町村が定める金額であり、これが改定された場合はこれらの利用料も自動的に改定されます。尚、その場合は事前に別紙にてお知らせいたします。

1. 第一号事業費（1割負担の場合）

A2(月定額)	1ヶ月当たりの 単位数	利用料	利用者 負担金	特定事業所 加算Ⅱ (10.0%)	介護職員等処遇 改善加算Ⅰ(ロ) (28.7%)	加算後の 利用者 負担金
訪問型独自サービス 11(週1回程度)	1,176	11,760円	1,176円	118円	371円	<u>1,665円</u>
訪問型独自サービス 12(週2回程度)	2,349	23,490円	2,349円	235円	742円	<u>3,326円</u>
訪問型独自サービス 13(週2回以上)	3,727	37,270円	3,727円	373円	1,177円	<u>5,277円</u>
A2(1回当たり)	1回当たりの 単位数	利用料	利用者 負担金	特定事業所 加算Ⅱ (10.0%)	介護職員等処遇 改善加算Ⅰ(ロ) (28.7%)	加算後の 利用者 負担金
訪問型独自サービス 21 (標準)	287	2,870円	287円	29円	91円	<u>407円</u>
訪問型独自サービス 22 (生活援助中心で45分未満)	179	1,790円	179円	18円	57円	<u>254円</u>
訪問型独自サービス 23 (生活援助中心で45分以上)	220	2,200円	220円	22円	69円	<u>311円</u>
訪問型独自短時間サービス (短時間の身体介護が中心)	163	1,630円	163円	16円	51円	<u>230円</u>
A3(生活援助のみ)	1回当たりの 単位数	利用料	利用者 負担金	特定事業所加算と介護職員等処遇改善加算 はありません。		
訪問型サービス	220	2,200円	<u>220円</u>			

※ 訪問型サービスをご利用されている方の加算については、下記の3 初回加算200単位のみ該当します。

2. 初回加算 200単位（利用料2,000円、利用者負担金200円）

新規に第一号訪問事業計画（以下「計画書」という。）を作成しサービスを開始する場合は、利用者の状況を確認するために、利用の当該月にサービス提供責任者が訪問、又は訪問介護員若しくは従業者（以下「従業者」という。）と同行訪問致します。この場合200単位が加算されます。2ヶ月以上サービスを利用しなかった（中断等）後で再開する場合も同様です。

3. 生活機能向上連携加算（Ⅰ） 100単位（1,000円、利用者負担金100円）

利用者に対して、訪問リハビリテーション事業所若しくは通所リハビリテーション事業所またはリハビリテーション医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした計画書を作成（変更）すること

当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、または ICT を活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うことを定期的に行うことで算定されます。「訪問型サービス A」には該当しません。

生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200 単位(2,000 円、利用者負担金 200 円)

現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数 200 床未満のものに限る。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が訪問して行う場合についても評価するとともに、評価を充実することで算定されます。「訪問型サービス A」には該当しません。

4. 介護職員等処遇改善加算Ⅰ(ロ)

介護職員等の処遇改善のほか、介護人材確保のための取り組みを行い、経験・技能のある職員に重点化を図り、賃金のベースアップを含めた介護職員等の更なる処遇改善を目的とした加算です。サービス別の基本単位数に各種加算減算を加えた1ヶ月当たりの総単位数に 28.7% を乗じた金額となります。

【5】相談及び苦情受付窓口

利用者は提供されたサービスに苦情がある場合には、事業所、市町村に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。相談及び苦情受付窓口は下記の通りです。

事業所は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにするとともに、苦情の申し立て、又は相談がある場合には、迅速且つ誠実に必要な対応を行います。また、事業所は、利用者が苦情申し立てを行ったことを理由として、何らかの不利益な取り扱いをすることはありません。

《 事業所の窓口 》 ケアセンターしき彩 管理者 船木貴紀	〒010-0802 秋田市外旭川字三後田140番地 電話 018-853-6336 FAX 018-853-6522
《 公的機関の窓口 》 秋田県国民健康保険団体連合会	〒010-0951 秋田市山王4-2-3 秋田県市町村会館内4階 電話 018-883-1550 FAX 018-883-1551
《 市町村の窓口 》 秋田市長寿福祉課(秋田市の方)	〒010-8560 秋田市山王1-1-1 受付時間(8:30~17:15) 電話 018-888-5668 FAX 018-888-5667

【6】緊急時の対応

事業者は、サービス提供中に利用者の病状の急変が生じた場合、その他の緊急の事案が生じた場合、家族又は緊急連絡先へ連絡するとともに、速やかに主治医、又は救急処置の出来る医療機関及び地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等に連絡を取る等必要な措置を講じます。

【7】事故発生時の対応

1. 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合、事業者は速やかに市町村、利用者の家族、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
2. 利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、事業者は速やかに損害賠償を行います。但し事業者に故意過失がない場合はこの限りではありません。

【8】秘密保持

事業者は職務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報については、利用者又は第三者の心身に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約期間中、契約期間終了後も第三者に漏らすことはありません。

【9】虐待防止・身体拘束防止または適正化のための整備

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待防止・身体拘束防止または適正化等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講じます。人権擁護、虐待防止・身体拘束防止または適正化等の責任者は事業管理者とし、窓口を設け、市町村との連携を図り、成年後見人制度の利用も視野に入れ運営します。

虐待防止に関する責任者	管理者 船木 貴紀
-------------	-----------

【10】介護サービス情報の公表

介護保険指定事業者に義務付けられた介護サービス情報の公表制度に基づき、事業所の運営状況を公表し、利用者から適切に選ばれるよう努めます。

【11】当社の概要

名 称	株式会社しき彩
代 表 者	代表取締役 船木 貴紀
本 社	秋田市外旭川字三後田140番地
事業の概要	介護保険法に基づく指定訪問介護事業・第一号訪問事業 障害者総合支援法に基づく居宅介護事業

第一号訪問事業の開始にあたり、本書面に基づいて重要な事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者 住 所：秋田市外旭川字三後田140番地
名 称：株式会社しき彩
代表者：代表取締役 船木 貴紀 印
事業所 住 所：秋田市外旭川字三後田140番地
名 称：ケアセンターしき彩

説明者 _____ 印

本書面により事業者から第一号訪問事業について重要事項の説明を受け、当該サービス開始に同意しました。

令和 年 月 日

利 用 者 _____ 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

利用者の家族又は代理人 _____ 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

個人情報使用同意書

私（利用者）及び私の家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

- (1) 第一号訪問事業サービスの提供
- (2) 第一号訪問事業サービス提供にあたって行う、利用者またはその家族（代理人）に対して確認連絡
- (3) 当該利用者のサービスの向上
- (4) 事業者の請求業務、事故等の報告
- (5) 第一号訪問事業サービスや業務の維持、改善のための基礎資料作成

2. 使用する事業者の範囲

ケアマネジャー、第一号訪問事業サービス及び他事業者の担当者、及び主治医や医療機関の担当者、並びに地域の行政機関や民生委員などの関係機関（団体）の担当者（サービス提供に協力が必要な関係者に限る）

3. 使用する期間

契約締結日から契約終了日までの間

4. 条 件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと
- (2) 緊急を要すると判断した場合は、必要最低限の個人情報を上記以外の者に提供することもあるが、その場合は、相手方に対して、関係者以外の者に漏れることのないよう厳重に注意を促すとともに、速やかに利用者に対して報告すること。
- (3) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

ケアセンターしき彩 殿

令和 年 月 日

利 用 者

住 所

氏 名

印

利用者の家族又は代理人

住 所

氏 名

印

（利用者との続柄 ）

介護保険法に基づく第一号訪問事業

契 約 書

株式会社しき彩

ケアセンターしき彩

介護保険法に基づく第一号訪問事業

契約書

第一条（契約の目的及び内容）

株式会社しき彩（以下「事業者」という。）は事業者が開設するケアセンターしき彩（以下「事業所」という）において、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、_____様（以下「利用者」という。）に対し、可能な限り居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営む事が出来るよう、介護給付の対象となる第一号訪問事業（以下「事業」という。）を提供します。

第二条（契約期間）

1. この契約の契約期間は令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 から利用者の要支援認定の有効期間満了日あるいは基本チェックリストに該当しなくなった日までとします。
2. 上記の契約期間満了の7日前までに利用者から契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

第三条（サービス計画書）

1. 事業所は、利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、利用者の「介護予防サービス・支援計画」（以下「ケアプラン」という。）に沿って第一号訪問事業計画（以下「計画書」という。）を作成し、計画的にサービスを提供します。サービス提供責任者は、その内容について利用者及びその家族に説明し、利用者の同意を得るものとします。又当該計画書を利用者に交付します。
2. 事業所は、利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合、その変更が「ケアプラン」の範囲内で可能な時は速やかに変更等の対応を行います。又そのことを速やかに地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等へ連絡調整等の援助を行います。

第四条（サービス提供の記録等）

1. 事業所は、提供した具体的なサービスの内容等を記録すると共に、利用者及びその家族からの申し出があった場合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及びその家族に対して提供します。なお、当該記録はその完結の日から5年間保存します。
2. 事業所は、契約の終了にあたって必要があると認められる場合は、利用者の同意を得た上で利用者の指定する他の居宅介護支援事業者等へサービス提供の記録等の写しを交付するものとします。

第五条（利用者負担金及びその滞納）

1. サービスに対する利用者負担金は、重要事項説明書に記載されたとおりとします。尚、利用者負担金は関係法令に基づいて定められているため、契約期間中に関係法令が改正された場合には改定の金額を適用致します。
2. 利用者が事業所に支払うべき利用者負担金を2ヶ月以上滞納した場合、事業所は1ヶ月の猶予期間をおいた上で支払いの期限を定め、この期限までに利用者が利用者負担金を支払わない場合には、事業者は契約の解除を通告する事が出来ます。

3. 前項の通告を行った場合は、事業所は「ケアプラン」を作成した地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所と協議し、利用者の日常生活を維持する見地から、ケアプランの変更、介護保険外の公的サービスの利用等について必要な調整を行うよう要請するものとします。
4. 事業所は、前項に定める協議調整等の努力を行い、且つ第2項に定める期間が満了した場合には、この契約を文書により解約することが出来ることとします。

第六条（利用者の解約権）

利用者は事業所に対しいつでも1週間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。

第七条（会社の解除権）

この事業所は、利用者の著しい不信行為により契約の継続が困難となった場合、その理由を記した文書により当該契約を解除することが出来ます。この場合事業所はケアプランを作成した地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所にその旨を連絡します。

第八条（契約の終了）

次のいずれかの事由が発生した場合、この契約は終了するものとします。

- ① 第二条の規定により、事前に契約終了の申し出があり契約有効期限が満了したとき
- ② 第五条の規定により、事業所から契約解除の意思表示がなされたとき
- ③ 第六条の規定により、利用者から契約解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき
- ④ 第七条の規定により、事業所から契約解除の意思表示がなされたとき
- ⑤ 以下の理由で利用者にサービス提供が出来なくなったとき
 - I. 利用者が介護保険施設等に入所したとき
 - II. 利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定されたとき、または基本チェックリストに該当しなくなったとき
 - III. 利用者が死亡したとき

第九条（個人情報の使用目的と秘密保持）

1. 第一条によるサービス実施に当たり、事業所は利用者及び家族の個人情報について、以下に掲げる目的のために使用します。これらの目的の他に使用することはありません。

（1）事業所の管理運営業務での使用目的

- ① サービスの開始時並びに継続時の記録
- ② 会計・経理処理
- ③ 苦情並びに事故等の報告
- ④ 利用者へのサービス向上のための研修会や会議
- ⑤ 利用者負担金の請求並びに収受に関する事務

（2）保険者である市町村、主治医、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、他のサービス提供事業者（以下「他の機関等」という）への情報提供時の使用目的

- ① サービス提供にあたっての会議の開催などによる連携
- ② 内容の照会及びその回答
- ③ 意見並びに助言を求めるとき
- ④ 家族等へのサービス提供状況の説明
- ⑤ 報酬の請求及び収受に関わる事務
- ⑥ その他サービス提供に関連付随する業務

2. 使用目的については、個人情報使用同意書において利用者から同意を得た場合使用致します。但し、利用者及び家族から申し出があった場合、事業所は個人情報の使用を中止します。
3. 事業所は、個人情報について正当な理由なく他に漏らすことがないように、その従事者に教育指導するとともに誓約書の条文に於いて誓約させ、退職後も同様である事とします。
4. 利用者の生命、身体又は財産の保護のために個人情報を緊急に使用する必要性が生じた場合は1.2に掲げる限りではありません。

第十条（苦情対応）

1. 利用者及び家族は提供されたサービスに苦情がある場合には、事業所、介護支援専門員、市町村、又は国民健康保険団体連合会に対していつでも苦情を申し立てることが出来ます。
2. 事業所は苦情対応窓口の責任者及びその連絡先を明らかにすると共に、苦情の申し立て又は相談があった場合には、迅速且つ誠実に必要な対応を行うと共に、その苦情内容を記録し、その完結の日から2年間適正に保存します。
3. 事業所は利用者及び家族が苦情申し立てを行ったことを理由に、何らかの不利益な取り扱いをすることはありません。

第十一条（連帯保証人）

サービス利用に係る利用者負担金について、家族等に連帯保証人になっていただきます。利用者本人が負担金の支払いが出来ない場合、連帯保証人の方に支払いをしていただきます。

第十二条（契約外条項）

この契約及び介護保険法等の関係法令で決められていない事項については、介護保険法、その他の関係法令の主旨を尊重し、利用者と事業者との協議により定めます。介護保険法に基づくサービスを対象としたものであり、それ以外のサービスを希望される場合、別途契約が必要です。

この契約に当たり、契約者は本契約書及び各「契約書別紙」の内容を理解し、この契約を締結します。

なお、この契約を証するため、契約書2通を作成し、利用者及び事業者が記名押印の上、各一通ずつ保有します。

令和 年 月 日

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(連帯保証人) 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

電 話 () _____

事業者 住 所:秋田市外旭川字三後田140番地

名 称:株式会社 しき彩

代表者:代表取締役 船木 貴紀 印

事業所 住 所:秋田市外旭川字三後田140番地

名 称:ケアセンターしき彩

管理者兼サービス提供責任者 船木 貴紀

サービス提供責任者 荒川 志保

サービス提供責任者 渡部 美由紀

契約書別紙

1. サービス提供責任者

サービスについての相談やご要望がある場合には、いつでもご連絡ください。

サービス提供責任者： 船木貴紀、荒川志保、渡部美由紀

連絡先： 018-853-6336（営業時間外は携帯電話へ転送されます。）

2. 利用者負担金

- I. 利用者負担金は重要事項説明書に記載した通りです。なお、介護保険法の改定などにより、変更されることがあります。その際は別紙にてご説明させていただきます。
- II. 利用者負担金は月末締めとし、翌月の始めに請求書を発行します。お支払い方法は口座引落（どこの金融機関でも対応可能です。）または現金から選択できます。請求書に記載の当社口座への振込もできますが、当社での振込用紙の発行はしておりません。
- III. 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）には、全額自己負担となります。

3. キャンセル

- ① サービスを中止する際には、サービス日の前日17:30までご連絡ください。
- ② 当日のキャンセルは、キャンセル料として、予定されていたサービス時間15分毎に、250円（税込）をお支払いいただきます。（例：30分のサービスだった場合は、500円）
※ただし、利用者の容態の急変等、やむを得ない事情がある場合は不要です。

4. その他、留意事項など

- ① ヘルパーはサービス終了後、スマートフォンで専用のアプリに記録します。記録はサービス時間に含まれます。介護保険制度上、決められていることですので、ご理解ください。
- ② 介護保険制度上、利用者をヘルパーの車に乗せて運転することはできません。
- ③ 訪問中はペットを繋ぐ、ゲージに入れる、別室に移動などの配慮をお願いします。
- ④ ヘルパーの指名はできません。緊急時対応の為、多くのスタッフが関わるようにしています。利用者の身体的状況によっては特定の者が訪問した方が良い場合は考慮いたします。
- ⑤ タバコの受動喫煙に対し、ヘルパーの健康・安全の為、ご配慮、ご協力をお願いします。
- ⑥ ヘルパーは医療従事者ではありませんので、医療行為はできません。
- ⑦ ヘルパーは銀行やATMでの入金や出金、振込みやコンビニでの光熱費等の支払い等の代行はできません。
ヘルパーが扱える金額は生活援助の買物などに伴う小額の金銭の取り扱いのみです。料金の立て替えもできません。
- ⑧ ヘルパーは介護保険制度上、利用者本人の介護や家事の支援を行うこととされています。家族の方の支援はできません。利用者本人が不在の場合は中止とさせていただきます。
- ⑨ 直接利用者の日常生活の支援に属しないと判断される行為（例：大掃除、草取り、ペットの世話、行事のための特別な調理、利用者の使用しない部屋の掃除等）はできません。詳しくは別紙の「訪問介護の不適正事例」を参照ください。
- ⑩ ヘルパーに対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。
- ⑪ ヘルパーに対して行う暴言・暴力・嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為や、パワーハラスメント、セクシュアルハラスメントなどの行為、サービス利用中にヘルパーの写真や動画撮影、録音等を無断でSNS等に掲載する行為については禁止させていただきます。健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービスの中止や契約を解除することもあります。