

介護予防・日常生活支援総合事業
葛城市第 1 号訪問事業重要事項説明書

特定非営利活動法人地域活動センター米楽
訪問介護センター レインズ

介護予防・日常生活支援総合事業
葛城市第1号訪問事業重要事項説明書
【令和6年6月1日現在】

当事業所は訪問型サービスの提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

1. 事業者(法人)の概要

事業者(法人)の名称	特定非営利活動法人地域活動センター米楽
主たる事務所の所在地	〒636-0247 奈良県磯城郡田原本町大字阪手455番地の2
代表者(職名・氏名)	理事長 松村 剛至
設 立 年 月 日	令和3年5月24日
電 話 番 号	0744-55-0370

2. 事業所の概要

事業所の名称	訪問介護センター レインズ	
事業所の所在地	〒636-0341 奈良県磯城郡田原本町薬王寺58 ボナール2000-403	
電 話 番 号	0744-55-0370	
F A X 番 号	0744-55-0370	
指定年月日・事業所番号	令和4年12月1日指定	2972000976
通常の事業の実施地域	田原本町、三宅町、川西町、広陵町、上牧町、 香芝市、葛城市、大淀町、高取町、 大和高田市、橿原市、桜井市、 天理市、奈良市	

3. 事業の目的と運営の方針

- ・ 指定訪問型サービスの事業の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、事業所の看護師、介護福祉士又は訪問介護員研修の修了者が、要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問型サービスを提供することを目的とします。
- ・ 訪問型サービスの提供に当たっては、事業所の従業者は、原則として要介護認定の結果、要支援または事業対象者確認で該当と認定された方の心身の特性を踏まえて、利用者が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。
- ・ 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健医療・福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. 介護保険の給付対象となるサービス

(サービス概要)

1 訪問型サービス計画の作成

利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した介護予防サービス計画(ケアプラン)に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた訪問型サービス計画を作成します。

2 身体介護

- ① 排泄介助 オムツ交換・トイレ誘導・介助、体位変換等
- ② 入浴介助 全身浴・シャワー浴・部分浴・洗髪・清拭、更衣介助等
- ③ 食事介助 摂食介助・準備・配膳・後片付け等
- ④ 服薬介助 内服有無確認等
- ⑤ 外出介助 外出準備・送り出し
- ⑥ 自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助

2 生活援助

- ① 掃除 居室・寝室・トイレ・卓上・ゴミ出し等
- ② 洗濯 洗濯機及び手洗いによる洗濯・乾燥(物干し)取り入れ・収納等
- ③ ベッドメイク シーツ交換・布団カバー交換・布団干し等
- ④ 衣類の整理・被服の補修
- ⑤ 調理 一般的な調理・配下膳・後片付け等
- ⑥ 買物 日用品等の買物・薬の受け取り等

3 その他のサービス

介護相談等 介護でお困りのことはお気軽にご相談ください。

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、国民の祝日、年末年始(12月29日から1月4日まで) 及び夏季お盆(8月10日から8月15日まで)を除きます。
営業時間	午前9時から午後5時まで ただし、利用者の希望に応じて、上記時間外でも、 サービス提供可能な体制をとります。

6. 事業所の従業員の体制

(令和6年6月1日現在)

管理者	森村 安紀子
-----	--------

職種	常勤		非常勤	
	専従	兼務	専従	兼務
管理者	人	1 人		
サービス提供責任者	人	1 人	人	人
訪問介護員	2 人	人	1 人	1 人

職	職 務 内 容
管理者	1 従業者及び業務の管理を、一元的に行います。 2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。
サービス提供責任者	1 指定訪問介護の利用の申込みに係る調整を行います。 2 訪問介護計画の作成並びに利用者等への説明を行い同意を得ます。利用者へ訪問介護計画を交付します。 3 指定訪問介護の実施状況の把握及び訪問介護計画の変更を行います。 4 訪問介護員等に対する技術指導等のサービスの内容の管理を行います。 5 利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握します。 6 サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。 7 訪問介護員等に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達します。 8 訪問介護員等の業務の実施状況を把握します。 9 訪問介護員等の能力や希望を踏まえた業務管理を実施します。 10 訪問介護員等に対する研修、技術指導等を実施します。 11 その他サービス内容の管理について必要な業務を実施します。
訪問介護員	1 訪問介護計画に基づき、日常生活を営むのに必要な指定訪問介護のサービスを提供します。 2 サービス提供責任者が行う研修、技術指導等を受けることで介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービス提供します。 3 サービス提供後、利用者の心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行います。 4 サービス提供責任者から、利用者の状況についての情報伝達を受けます。

7. 利用料等

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、お支払いいただく「利用者負担金」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。

ただし、支払方法が償還払いとなる場合には、利用料の全額をお支払いいただきます。
 支払いを受けた後、事業所からサービス提供証明書を発行しますので、市町村の介護保険担当窓口に提出し、後日払い戻しを受けてください。

(1) 訪問型サービス A 利用料

【身体介護中心】

対象者	区分	単位数	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金 (自己負担1割の場合) ※(注2)参照	利用者負担金 (自己負担2割の場合) ※(注2)参照	利用者負担金 (自己負担3割の場合) ※(注2)参照
要支援1・2	標準型	287	2,930円	293円	586円	879円

要支援1・2	短時間型	163	1,664円	167円	300円	500円
--------	------	-----	--------	------	------	------

※算定単位 1 回につき(1 日 1 回まで)

要支援1	週1回程度	1,176	12,006円	1,201円	2,402円	3,602円
要支援1	週2回程度	2,349	23,983円	2,399円	4,797円	7,195円
要支援2	週2回を超える程度	3,727	38,052円	3,806円	7,611円	11,416円

※算定単位 1 月につき

【生活援助中心】

対象者	区分	単位数	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金 (自己負担1割の場合) ※(注2)参照	利用者負担金 (自己負担2割の場合) ※(注2)参照	利用者負担金 (自己負担3割の場合) ※(注2)参照
要支援1・2	20分以上45分未満/回	179	1,827円	183円	366円	549円
要支援1・2	45分以上/回	220	2,246円	225円	450円	674円

※算定単位 1 回につき(1 日 1 回まで)

【加算・減算】

要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算又は減算されます。

加算等の種類	加算・減算額(1回あたり)				
	単位数	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金 (自己負担1割の場合) ※(注2)参照	利用者負担金 (自己負担2割の場合) ※(注2)参照	利用者負担金 (自己負担3割の場合) ※(注2)参照
初回加算	200	2,042円	205円	409円	613円
生活機能向上連携加算Ⅰ	100	1,021円	103円	205円	307円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の22.4%		左記額の1割	左記額の2割	左記額の3割

(注1) 上記の基本利用料及び加算等は、厚生労働大臣が告示で定める金額(事業所の所在地が7級地のため、単位数に10.21を乗じた額)であり、これが改定された場合は、これら基本利用料等も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料等を書面でお知らせします。

(注2) 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額を

ご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

(注3) 上記の利用者負担金は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

(2)その他の費用

交通費	通常の事業の実施地域以外の地域の居宅において指定訪問介護を行う場合に係る費用として、通常の事業の実施地域を越えた地点から、100円/2kmをいただきます。
-----	---

(3)キャンセル料

利用予定日の前にサービス利用の中止又は変更をすることができます。

この場合には、利用予定日の前営業日午後 5 時までに事業所に申し出てください。

利用日の前営業日午後 5 時まで連絡がなく、サービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料はいただきません。

キャンセルの時期	キャンセル料
ご利用日前営業日午後5時までにご連絡 いただいた場合	無料
ご利用日前営業日午後5時までにご連絡がなかった場合	利用者負担金の100%の額

(4)支払い方法

毎月10日までに前月分の利用料の請求をいたしますので、当月25日までにお支払ください。

お支払方法は、銀行・郵便局の指定口座からの引き落とし銀行振り込み、現金払いの中からご契約の際に選択できます。

8. サービスの利用に当たっての留意事項

- ・サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐにお申し出ください。
- ・サービス提供に当たって、訪問介護員等は次の行為を行いません。
 - ① 医療行為及び医療補助行為
 - ② 利用者の家族に対するサービス提供
 - ③ 利用者及びその家族からの金銭又は物品の授受
 - ④ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供(大掃除、庭掃除など)
 - ⑤ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
 - ⑥ 身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く)
 - ⑦ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

9. 秘密保持及び個人情報の保護

- ・事業者及びその従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。
これは、この契約終了後も同様とします。
- ・事業所は、利用者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るものとします。

- ・事業所は、利用者の個人情報については利用者から、その家族の個人情報についてはその家族から予め文書で同意を得ない限り、利用者の居宅サービス計画等の立案のためのサービス担当者会議、居宅サービス事業者等との連絡調整等において、利用者又はその家族の個人情報を用いません。

10. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに別紙(緊急連絡票)に記載する又は下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	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 (利用者との続柄)	
	電話番号	

11. 事故発生時の対応

訪問型サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する訪問型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、損害賠償を速やかに行います。ただし、利用者に故意又は過失がある場合、減額することがあります。

12. サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

- ① 提供した指定訪問型サービスに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)
- ② 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。
 - 苦情又は相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するよう、必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行う。
 - 相談担当者は、把握した状況に対して検討を行い、対応を決定する。
 - 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行う。(時間を要する内容もその旨を翌日までに連絡する。)
 - 当事業所において、処理し得ない内容についても、適切な対応方法を利用者の立場にたって検討し、対処する。

(2) 苦情申立の窓口

① 事業所の窓口

事業所相談窓口	電話番号 0744-55-0370 受付時間 月曜日から金曜日 9時から17時(ただし、国民の祝日、夏期8月10日から8月15日及び年末年始12月29日から1月4日までを除く) 担当者名 森村 安紀子
---------	--

②その他苦情申立の窓口

地域包括支援センター

葛城市	葛城市長尾85	電話 0745-48-2811
-----	---------	-----------------

地域行政窓口

葛城市役所 保健福祉部 地域訪問支援課	葛城市柿本166	電話 0745-44-3455
中和福祉事務所	橿原市常盤町605-5 奈良県橿原総合庁舎内	電話 0744-48-3024
奈良県庁 福祉医療部 医療・介護保険局	奈良市登大路町30番地	地域包括支援課 長寿・包括ケア推進係 電話 0742-27-8540

国民健康保険団体連合会

奈良国民健康保険団体連 合会苦情・相談受付窓口介 護保険課指導相談係	橿原市大久保町302番1 奈良県市町村会館内	電話 0744-29-8326
--	---------------------------	-----------------

13. サービスの終了

次の場合にサービスは終了となります。

(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5日前までに文書でお申し出下さい。

ただし、利用者の病変、急な入院等やむを得ない事情がある場合は、予告期間が5日以内の通知でもこの契約を解約することができます。

(2)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あります。

その場合は、1カ月前までに文書で通知致します。

(3)自動終了

次の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設へ入院又は入所した場合。
- ・利用者の要介護状態区分が要介護又は自立となった場合。
- ・利用者が死亡・被保険証資格喪失した場合。

(4)その他

①次の場合は、利用者は文書で解約を通知することにより、直ちにサービスを終了することができます。

- ・事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合。
- ・事業者が、守秘義務に反した場合。

- ・事業者が、利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合。
- ・事業者が、倒産した場合。
- ②その他、利用者は契約更新を希望しない場合、利用料等の変更に対して同意することができない場合には契約を解約することができます。
- ③次の場合は、事業者は文書で解約を通知することによって直ちにサービスを終了させていただく場合があります。
 - ・利用者の利用料等の支払いが3ヶ月以上遅延し、利用料等を支払うよう催告したにも拘らず、別途定めた期限内に支払われなかった場合
 - ・利用者又はその家族が事業者や従業員又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

14.虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、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及び責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	森村 安紀子
-------------	--------

- (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) 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- (6) 虐待の防止のための指針を作成します。

15.サービス提供の記録

- (1) 指定訪問型サービスの実施ごとに、そのサービスの提供日、内容及び利用料等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また、利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。
- (2) 指定訪問型サービスの実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は、サービス完結の日から5年間保存します。
- (3) 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

16.業務継続計画の策定等

- (1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的(年1回以上)に行います。
- (3) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

17.衛生管理等

- (1) 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設立します。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- (3) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
- (4) 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。
- (5) 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。

18.提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無
-------	---

19.重要事項説明の年月日

令和 年 月

上記内容について、「葛城市指定第1号事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める要綱」の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業 者	所 在 地	奈良県磯城郡田原本町大字阪手 455 番地の 2
	法 人 名	特定非営利活動法人地域活動センター米楽
	代表者名	理事長 松村 剛至
	事業所名	訪問介護センター レインズ
	説明者氏名	サービス提供責任者 森村 安紀子 ㊞

私は、事業所より本書面に基づいた重要事項の説明を受け、同意しました。

【ご利用者様】

(住 所)_____

(氏 名)_____ ㊞

(電話番号)_____

【代理人様】（代理人を選任した場合）

(住 所)_____

(氏 名)_____ ㊞ 続柄_____

個人情報使用同意書

私(利用者)、及びその家族の個人情報については、以下に記載するとおり必要最低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) 居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合
- (2) 利用者が自らの意思によって介護保険施設に入所されることに伴う必要最小限の情報の提供
- (3) 在宅療養をサポートする病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業所その他の関係者と連携を図るため、医療従事者や介護従事者その他の関係者が共有すべき介護情報を含む個人情報の提供

2. 使用する期間

契約で定める期間

3. 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、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) 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

訪問介護センター レインズ(特定非営利活動法人地域活動センター米楽) 御中

令和 年 月 日

〈利用者〉

住所 _____

氏名 _____ 印

〈利用者代理人〉

住所 _____

氏名 _____ 印 続柄 _____

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

〈署名代筆者〉

住所 _____

氏名 _____