

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号訪問事業（訪問介護相当サービス）契約書別紙（兼重要事項説明書）①

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社A c c o m p a n i m e n t
主たる事務所の所在地	〒562-0045 大阪府箕面市瀬川二丁目6番10号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 奥原 真由美
設 立 年 月 日	2021年9月2日
電 話 番 号	072-747-7542

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	かのん介護	
サ ー ビ ス の 種 類	第1号訪問事業（訪問介護相当サービス）	
事 業 所 の 所 在 地	〒562-0045 大阪府箕面市瀬川二丁目7番21号	
電 話 番 号	072-774-5566	
指定年月日・事業所番号	2023年11月1日指定	2771402779
管 理 者 の 氏 名	森 博美	
通常の事業の実施地域	池田市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者が、可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持又は向上をめざした適切なサービスの提供に努めます。また、日常生活動作能力などの向上のために必要な支援を行うことで、利用者の自立支援・介護予防・重度化予防に努めます。

4. 提供するサービスの内容

第1号訪問事業（訪問介護相当サービス）は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排せつや食事等の介助、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世話をを行うサービスです。

具体的には、サービスの内容により、以下の区分に分けられます。

身体介護	利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助や専門的な援助を行います。 例) 起床介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭(せいしき)、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助など
生活援助	家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。 例) 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など

5. 営業日時等

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日、国民の休日及び年末年始（12月29日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前9時から午後5時まで
サービス提供時間	午前9時から午後5時まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
介護福祉士	常勤 1人、 非常勤 2人
介護職員実務者研修修了者	常勤 0人、 非常勤 1人
介護職員初任者研修修了者	常勤 0人、 非常勤 4人

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

サービス提供責任者の氏名	奥原 真由美
--------------	--------

8. 利用料

あなたが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、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割・2割・3割のいずれかの額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（１）第１号訪問事業・訪問介護相当サービスの利用料・・・基本部分、加算の合計の額となります。

【基本部分：訪問介護相当】※身体介護及び生活援助

サービス名称	内 容 (要介護度)	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
訪問型サービス費Ⅰ (1月につき)	週1回程度の利用 (事業対象者・要支援1・2)	11,760円/月	1,176 円	2,352 円	3,528 円
訪問型サービス費Ⅱ (1月につき)	週2回程度の利用 (事業対象者・要支援1・2)	23,490円/月	2,349 円	4,698 円	7,047 円
訪問型サービス費Ⅲ (1月につき)	週2回を超える程度の利用 (事業対象者・要支援2)	37,270円/月	3,727 円	7,454 円	11,181 円
※ 「週〇回程度の利用」とあるのは、週当たりのサービス提供の頻度による区分を示すものですが、提供月により月間のサービス提供日数が異なる場合であっても、利用料及び利用者負担額は変動せず定額となります。 ※ 利用者の体調不良や状態の改善等により訪問介護相当サービス計画に定めたサービス提供区分よりも利用が少なかった場合、又は訪問介護相当サービス計画に定めたサービス提供区分よりも多かった場合であっても、月の途中でのサービス提供区分の変更は行いません。なお、翌月のサービス提供区分については、利用者の新たな状態に応じた区分による介護予防型訪問サービス計画を作成し、サービス提供を行うこととなります。 ※ 月ごとの定額制となっていますが、以下の場合は、（ ）内の日をもって日割り計算を行います。 ・ 月途中からサービス利用を開始した場合（契約日） ・ 月途中でサービス利用を終了した場合（契約解除日） ・ 月途中に要介護から要支援に変更になった場合（変更日） ・ 月途中に要支援から要介護に変更になった場合（変更日） ・ 同一市町村内で事業所を変更した場合（変更日）					

（注） 上記の基本利用料は、池田市（または市町村）が定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料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を書面でお知らせします。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額			
		基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	2,000 円/月	200 円	400 円	600 円
生活機能向上 連携加算(Ⅰ)	サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等からの助言に基づき、生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成し、サービス提供した場合	1,000 円/月	100 円	200 円	300 円
生活機能向上 連携加算(Ⅱ)	サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等と同行する等により、共同して利用者の心身の状況等を評価した上、生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成し、3 月の間サービス提供した場合	2,000 円/月	200 円	400 円	600 円
介護職員等 処遇改善加算Ⅳ	福祉・介護職員の賃金改善等について、一定の基準に適合する取り組みを実施している場合 加算は、福祉・介護職員の賃金改善に充てられる	基本利用料 の 145/1000	左記の 1 割	左記の 2 割	左記の 3 割

(2) その他の費用について

交通費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費の実費（公共交通機関等の交通費）を請求いたします。 また、自動車を使用した場合の交通費は、運営規定の定めに基づき、別途請求いたします。	
サービス提供に当たり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用	利用者の別途負担となります。	
通院・外出介助における訪問介護員等の公共交通機関等の交通費	実費相当を請求いたします。	

※ 訪問介護相当サービスは、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

(3) 支払い方法

上記(1)及び(2)の利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、15日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座振替	サービスを利用した月の翌月の26日（休業日の場合は翌営業日）にご指定の口座より振替となります。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の25日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

9. サービスの提供に当たって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間等）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要支援認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、介護予防支援等が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 利用者に係る介護予防支援事業者等が作成する「訪問介護相当サービス計画（ケアプラン）」等に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、指定訪問介護相当サービスの目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した「訪問介護相当サービス計画」を作成します。なお、作成した「訪問介護相当サービス計画」は、利用者又は家族にその内容の説明を行い、同意を得た上で交付いたしますので、ご確認いただくようお願いします。
- (4) サービス提供は「訪問介護相当サービス計画」に基づいて行います。なお、「訪問介護相当サービス計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- (5) 訪問介護員等に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行います。実際の提供に当たっては、利用者等の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

10. 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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 森 博美
-------------	----------

- (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) 虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置等を実施しています。
- (6) 介護相談員を受入れます。
- (7) 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。

1 1. 身体的拘束について

事業者は原則として利用者に対して身体的拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して同意を得た上で次に掲げることに留意して必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体的拘束を行った日時、理由及び様態等についての記録を行います。また事業者として、身体的拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

1 2. 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	ア 事業者は、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、適切な取扱いに努めるものとします。 イ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ウ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 エ 事業者は、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、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、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。
個人情報の保護について	ア 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予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。 イ 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ウ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うも

	のとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)
--	--

1 3. 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	

1 4. 事故発生時の対応

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、担当の地域包括支援センター及び箕面市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する居宅介護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。

市 町 村	市 町 村 名	箕面市
	担 当 部 ・ 課 名	健康福祉部 広域福祉課
	電 話 番 号	072-727-9661

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

保険名 介護保険・社会福祉事業者総合保険

保障の概要 賠償責任保険（訪問介護事業者特約）

1 5. 身分証携行義務

訪問介護員等は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

1 6. 心身の状況の把握

訪問介護相当サービスの提供に当たっては、介護予防支援事業者等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、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

1 7. 介護予防支援事業者等との連携

- (1) 訪問介護相当サービスの提供にあたり、介護予防支援事業者等及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- (2) サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「介護予防相当サービス計画」の写しを、利用者の同意を得た上で介護予防支援事業者等に速やかに

送付します。

- (3) サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに介護予防支援事業者に送付します。

18. サービス提供の記録

- (1) 訪問介護相当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) 訪問介護相当サービスの実施ごとに、サービス提供の記録を整備し、その完結の日から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。

19. 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概ね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整備しています。
- (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定期的の実施します。
- (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。

20. 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。
- (4) 定期的に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。

21. 相談窓口

- (1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 072-774-5566
	面接場所 当事業所の相談室

- (2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	池田市 福祉部 地域支援課	所在地：大阪府池田市城南1-1-1 電話番号：072-754-6288 受付時間：8:45～17:15 (月～金)
	箕面市広域福祉課 (地域密着・総合事業G)	所在地：箕面市萱野5-8-1 電話番号 072-727-9539 受付時間：8:45～17:15 (月～金)
	大阪府国民健康保険団体連合会	所在地：大阪府中央区常磐町1丁目3番8号 電話番号 06-6949-5418

22. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。
 - ① 医療行為及び医療補助行為
 - ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
 - ③ 他の家族の方に対する食事の準備 など
- (2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事 業 者 所在地 大阪府箕面市瀬川二丁目6番10号

事業者（法人）名 株式会社A c c o m p a n i m e n t

代表者職・氏名 代表取締役 奥原 真由美

説明者職・氏名 かのん介護

サービス提供責任者 奥原 真由美

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利 用 者 住 所

氏 名

印

署名代行者（又は法定代理人）

住 所

本人との続柄

氏 名

印

立 会 人 住 所

氏 名

印