

プレシア介護センター北

重要事項説明書

様

株式会社 フォース

訪問介護・総合事業（予防専門型訪問サービス・生活支援型訪問サービス）

重要事項説明書

（令和6年11月1日現在）

訪問介護・総合事業（予防専門型訪問サービス・生活支援型訪問サービス）（以下、訪問介護と記載）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 | 株式会社フォース |
| 主たる事務所の所在地 | 〒460-0003 名古屋市中区錦二丁目8番23号 キタムラビル502 |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役 服部 大 |
| 設 立 年 月 日 | 令和2年10月14日 |
| 電 話 番 号 | 052-737-6438 |

2. 事業所の概要

| | | | |
|-------------|---|------------|--|
| 事業所の名称 | プレシア介護センター北 | | |
| 事業所の所在地 | 〒462-0015 名古屋市中味鉢二丁目916番地の1 | | |
| 電 話 番 号 | 052-982-9196 | | |
| F A X 番 号 | 052-982-9198 | | |
| 指定年月日・事業所番号 | 令和6年9月1日 | 2370305175 | |
| 通常の事業の実施地域 | 北区) 西区) 東区) 中区) 守山区) 豊山町) 北名古屋市) 春日井市) 小牧市) | | |
| 併 設 事 業 所 | (介護予防) 訪問看護事業所 | | |
| 第三者評価の実施の有無 | 有 ・ (無) | 実施した直近の年月日 | |
| 実施した評価機関の名称 | | 評価結果の開示状況 | |

3. 運営の方針

- ・ 訪問介護の提供に当たっては、事業所の従業者は、要介護者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. 提供するサービスの内容

1 身体介護

- ① 排泄・食事介助
- ② 清拭・入浴、身体整容
- ③ 体位変換、移動・移乗介助、外出介助
- ④ 起床及び就寝介助
- ⑤ 服薬介助
- 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
- ② 洗濯
- ③ ベッドメイク
- ④ 衣類の整理・被服の補修
- ⑤ 一般的な調理、配下膳
- ⑥ 買い物・薬の受け取り

5. 営業日時

| | |
|-------------------------|--|
| 営業日 | 月曜日から日曜日まで |
| 営業時間 | 午前9時から午後6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。 |
| 緊急時の対応のため24時間体制をとっています。 | |

6. 事業所の従業員の体制

- (1) 管理者 1名 (常勤)
- (2) 従業者
 - ア サービス提供責任者 2名以上
 - イ 訪問介護員 2.5名以上 (常勤換算)
 - ウ 名古屋市高齢者日常生活支援研修等修了者 0名以上

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へ提出し、後日払い戻しを受けてください。

(1) 訪問介護の利用料

【基本部分：訪問介護費】

| 区分 | 所要時間 | 訪問介護費（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 |
| 身体介護 | 20分未満 | 163 | 1801円 | 180円 | 360円 | 540円 |
| | 20分以上30分未満 | 244 | 2696円 | 270円 | 539円 | 809円 |
| | 30分以上1時間未満 | 387 | 4276円 | 428円 | 855円 | 1283円 |
| | 1時間以上 (30分を増すごとに加算) | 567 (+82) | 6265円 (+906円) | 627円 | 1253円 | 1880円 |
| 生活援助 | 20分以上45分未満 | 179 | 1978円 | 198円 | 396円 | 593円 |
| | 45分以上 | 220 | 2431円 | 243円 | 486円 | 729円 |
| | 20分以上の身体介護に引き 続き生活援助を行った場合 (所要時間20分から起算して 25分を増すごとに加算し、 201単位を限度) | 65 | 718円 | 72円 | 144円 | 215円 |

【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 |
| 早朝・夜間 | 所定単位数の25% | | 左記額の1割 | 左記額の2割 | 左記額の3割 |
| 深夜の訪問 | 所定単位数の50% | | | | |
| 特定事業所加算Ⅰ | 所定単位数の20% | | 左記額の1割 | 左記額の2割 | 左記額の3割 |
| 特定事業所加算Ⅱ | 所定単位数の10% | | 左記額の1割 | 左記額の2割 | 左記額の3割 |
| 事業所と同一敷地内建物 等の利用者、これ以外の | 所定単位数の90%減算 | | 左記額の1割 | 左記額の2割 | 左記額の3割 |

| | | | | | |
|-------------------------|--|-------|--------|--------|--------|
| 同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 | 事業所と同一敷地内建物等の利用者の割合が100分の90以上である場合 88%減算 | | 左記額の1割 | 左記額の2割 | 左記額の3割 |
| 特別地域訪問介護加算 | 所定単位数の15% | | 左記額の1割 | 左記額の2割 | 左記額の3割 |
| 中山間地域等における小規模事業所加算 | 所定単位数の10% | | 左記額の1割 | 左記額の2割 | 左記額の3割 |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 | 所定単位数の5% | | 左記額の1割 | 左記額の2割 | 左記額の3割 |
| 緊急時訪問介護加算 | 100 | 1105円 | 111円 | 221円 | 332円 |
| 初回加算 | 200 | 2210円 | 221円 | 442円 | 663円 |
| 認知症専門ケア加算Ⅰ (1日につき) | 3 | 33円 | 3円 | 7円 | 10円 |
| 認知症専門ケア加算Ⅱ (1日につき) | 4 | 44円 | 4円 | 9円 | 13円 |
| 口腔連携強化加算 (1月に1回限り) | 50 | 553円 | 55円 | 111円 | 166円 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ | 所定単位数の24.5% | | 左記額の1割 | 左記額の2割 | 左記額の3割 |
| 介護職員処遇改善加算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3級地のため、単位数に11.05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、片道20円/km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12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12時までに連絡がなく、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 |
|----------|--------|

| | |
|-----------------------------|---------------|
| ご利用日の前営業日午後12時までにご連絡いただいた場合 | 無料 |
| ご利用日の前営業日午後12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、15日までに前月分の利用料の請求をいたしますので、28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ことを受けすることはできませんので、あらかじめご了承ください。
 - 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

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ぬ。

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

訪問介護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。

12. 苦情相談窓口

サービス提供に関する苦情や相談は、下記の窓口でお受けします。

(1) 事業所の窓口

| | | |
|---------|------|---------------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 | 052-982-9196 |
| | 受付時間 | 月曜日から日曜日 午前9時から午後6時 |
| | 担当者名 | 伊藤 悟 |

(2) その他苦情申立の窓口

| | | |
|--------|---------------|-----------------|
| 苦情受付機関 | 名古屋市介護保険課 指導係 | 電話 052-959-3087 |
| | 愛知県国民保険団体連合会 | 電話 052-971-4165 |

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30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3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、30日前までに文書で通知します。

(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非該当（自立）となった場合
- ・利用者が死亡した場合

(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2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者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

令和 年 月 日

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

| | | |
|-------|-------|---------------------|
| 説 明 者 | 所 在 地 | 名古屋市北区中味鏡二丁目916番地の1 |
| | 事業所名 | プレシア介護センター北 |
| | 職・氏名 | 管理者 伊藤 悟 印 |

私は、事業所より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

| | | |
|-------|-----|---|
| 利 用 者 | 住 所 | |
| | 氏 名 | 印 |

| | | |
|-------|---------|---|
| 代 理 人 | 住 所 | |
| | 氏 名 | 印 |
| | 利用者との続柄 | |

個人情報使用同意書

私及びそ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

事業者が、介護保険法に関する法令に従い、私の訪問介護計画に基づき、訪問介護サービスを円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合。

2 使用にあたっての条件

個人情報の提供は、上記1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

3 個人情報の内容

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、事業者が指定訪問介護等を行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報。

- ・ その他の情報

※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

令和 年 月 日

プレシア介護センター北 管理者 あて

利用者

<住所> _____

<氏名> _____ 印

代理人

<住所> _____

<氏名> _____ 印

<続柄> _____