

指定訪問介護及び指定介護予防・日常生活支援総合事業サービ

ス重要事項説明書

(令和6年6月1日現在)

1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社武蔵野プリオ
代表者役職・氏名	代表取締役 高橋功
本部所在地・電話番号	東京都中央区日本橋人形町二丁目2番1号 048-782-7254

2 サービスを提供する事業所の概要

(1) 事業所の名称等

事業所名称	プリオ訪問介護ステーションかしわ
事業所番号	指定事業所番号：1272205392号
所在地	〒277-0851 千葉県柏市あけぼの三丁目8番19号
電話番号	04-7142-7181
FAX番号	04-7142-7183
管理者の氏名	黒木小夜子
通常の事業の実施地域	柏市

(2) 事業所の窓口の営業日及び営業時間

営業日	毎日（12月31日～翌年1月3日までを除く）
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで

(3) 事業所の勤務体制

職 種	業 務 内 容	勤務形態・人数
管 理 者	・ 従業者と業務の管理を行います。 ・ 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。	常勤・1人

サービス提供責任者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問介護計画（介護予防訪問介護計画）を作成し利用者へ説明し、同意を得ます ・ サービス担当者会議への出席等により居宅介護事業者と連携を図ります ・ 利用者の状況の変化やサービスに関する意向を定期的に把握します ・ 訪問介護員の業務の実施状況を把握します ・ 訪問介護員に対する研修、技術指導を行います 	利用者数に応じ 常勤・1人以上 (介護福祉士)
訪問介護員	訪問介護計画（介護予防訪問介護計画）に基づき、訪問介護のサービスを提供します	利用者数に応じ 常勤 2.5人以上

3 サービス内容

身体介護	<p>利用者の身体に直接接触して介助するサービス、利用者の日常生活動作能力や意欲の向上のための利用者と共にいる自立支援のためのサービスを行います</p> <p>（排泄介助、食事介助、清拭、入浴介助、体位変換、服薬介助、通院・外出介助）</p>
生活援助	<p>家事を行うことが困難な場合に、利用者に対して、家事の援助を行います</p> <p>（調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受け取り、衣類の整理）</p>

4 利用料、その他の費用の額

(1) 訪問介護の利用料

基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下の通りです。

利用者負担額は、介護保険負担割合証による自己負担割合に応じた額です。
但し、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

【基本部分】

区分	1回当たりの所要時間	基本利用料	利用者負担額
身体 介護	20分未満	1,698円	<u>介護保険負担 割合証による 自己負担割合 に応じた額</u>
	20分以上30分未満	2,542円	
	30分以上1時間未満	4,032円	
	1時間以上1時間30分未満	5,908円	
	以降30分を増すごとに	854円	
身体介護に引き 続き生活援助を 算定する場合	20分以上45分未満の 場合	677円を加算	
	45分以上70分未満の 場合	1,354円を加算	
生活 援助	20分以上45分未満	1,865円	
	45分以上	2,292円	

※ 利用者の心身の状況等により、1人の訪問介護員によるサービス提供が困難であると認められる場合で、利用者の同意を得て、2人の訪問介護員によるサービス提供を行った場合、基本利用料の2倍の料金となります。

※ 1回当たりの所要時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、訪問介護計画に明示された標準の所要時間に取りものとします。

※ 介護保険では、地域区分（柏市は6級地）による1単位あたりの単価が10,42となります。

【加算】

要件を満たす場合に、**基本利用料に以下の料金が加算**されます。

加算の種類	要件	利用料	利用者負担額
<input type="checkbox"/> 夜間・早朝 加算	夜間（18時～22時） 早朝（6時～8時）に サービスを提供した場合	1回につき 基本利用料の25%	介護保険負担割合 証による自己負 担割合に応じた 額
<input type="checkbox"/> 深夜加算	深夜（22時～翌朝6時） サービスを提供した場合	1回につき 基本利用料の50%	
<input type="checkbox"/> 緊急時訪問 介護加算	利用者や家族等からの要請 を受け、緊急に身体介護サ ービスを行った場合	1回につき 1,042円	
<input type="checkbox"/> 初回加算	新規に訪問介護計画を作成 した利用者に、サービス提 供責任者が自ら訪問介護を 行うか他の訪問介護員に同 行した場合	1回につき 2,084円	
<input type="checkbox"/> 生活機能向上 連携加算	訪問リハビリテーションの 理学療法士等とサービス提 供責任者が共同して訪問介 護計画を作成した場合（初 回の訪問介護から3ヶ月間 を限度）	1回につき 1,042円	
<input type="checkbox"/> 口腔連携強化 加算	事業所と歯科専門職の連携 の下、介護職員等による口 腔衛生状態及び口腔機能の 評価の実施並びに利用者の 同意の下での歯科医療機関及 び介護支援専門員への情報 提供を評価する	1回につき 521円 ※1月に1 回限り算定 可能	
<input type="checkbox"/> 介護職員処遇 改善加算Ⅰ	事業所が行うサービスに対 して支払われる介護報酬 に、介護職員の人材確保、 賃金向上を目的とした加算	加算率24.5%	
<input type="checkbox"/> 特定事業所加 算Ⅱ	専門性の高い人材の確保や サービスの質の公寿に取組 む事業所を評価する加算	加算率10%	

私は、事業者から加算の説明を受け、要件を満たす場合加算が発生することに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〈入居者〉

住所 _____

氏名 _____ 印

〈代理人〉

住所 _____

氏名 _____ (続柄 _____) 印

※代理人が記入する場合、入居者氏名・住所欄に入居者の氏名・住所もご記入ください。

【減算】

要件を満たす場合に、上記の額を減算します。

減算の種類	要件	減算額
同一建物減算	正当な理由なく、事業所において、前6月間に提供した訪問介護サービスの提供総数のうち、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者に提供されたものの占める割合が100分の90以上である場合	上記基本利用料の88%

(2) 第1号訪問事業(訪問介護相当サービス)の利用料

基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下の通りです。

利用者負担額は、介護保険負担割合証による自己負担割合に応じた額です。
 但し、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

【基本部分】

区分	サービス内容	基本利用料	利用者負担額
訪問サービス (独自)Ⅰ (1月につき)	1週間に1回程度のサービスが必要とされた場合 (事業対象者・要支援1・2)	1月につき 12,253円	<u>介護保険負担割合証による自己負担割合に応じた額</u>
訪問サービス (独自)Ⅱ (1月につき)	1週間に2回程度のサービスが必要とされた場合 (事業対象者・要支援1・2)	1月につき 24,476円	
訪問サービス (独自)Ⅲ (1月につき)	1週間に2回を超える程度のサービスが必要とされた場合 (事業対象者・要支援1・2)	1月につき 38,835円	

※ 介護保険では、地域区分(柏市は6級地)による1単位あたりの単価が10,42となります。

【加算】

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

加算の種類	要件	利用料	利用者負担額
<input type="checkbox"/> 初回加算	新規に訪問介護計画を作成した利用者に、サービス提供責任者が自ら訪問介護を行うか他の訪問介護員に同行した場合	1回につき 2,084円	<u>介護保険負担割合証による自己負担割合に応じた額</u>
<input type="checkbox"/> 生活機能向上連携加算	訪問リハビリテーションの理学療法士等とサービス提供責任者が共同して訪問介護計画を作成した場合(初回の訪問介護から3ヶ月間を限度)	1回につき 1,042円	

<input type="checkbox"/>	口腔連携強化 加算	事業所と歯科専門職の連携の下、介護職員等による口腔衛生状態及び口腔機能の評価の実施並びに利用者の同意の下での歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供を評価する	1回につき 521円 ※1月に1回限り 算定可能	
<input type="checkbox"/>	介護職員処遇 改善加算Ⅰ	事業所が行うサービスに対して支払われる介護報酬に、介護職員の人材確保、賃金向上を目的とした加算	加算率24.5%	
<input type="checkbox"/>	特定事業所加 算Ⅱ	専門性の高い人材の確保やサービスの質の公寿に取り組む事業所を評価する制度	加算率10%	

私は、事業者から加算の説明を受け、要件を満たす場合加算が発生することに同意します。

令和 年 月 日

〈入居者〉

住所 _____

氏名 _____ 印

〈代理人〉

住所 _____

氏名 _____ (続柄) 印

※代理人が記入する場合、入居者氏名・住所欄に入居者の氏名・住所もご記入ください。

【減算】

要件を満たす場合に、上記の額を減算します。

減算の種類	要件	減算額
同一建物減算	正当な理由なく、事業所において、前6月間に提供した訪問介護サービスの提供総数のうち、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者に提供されたものの占める割合が100分の90以上である場合。	上記基本利用料の88%

(3) キャンセル料（介護予防を除く）

利用予定日の直前にキャンセルした場合はキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の容態の急変や急な入院等、緊急やむを得ない事情がある場合は請求しません。なお、サービスの利用を中止する場合には至急ご連絡ください。

利用日の前日営業時間内までに連絡があった場合	無料
利用日の当日に連絡があった場合	一律500円
連絡がなかった場合	

(4) その他

- ① 利用者の居宅でサービスを提供するために使用する水道、ガス、電気等の費用は利用者のご負担となります。
- ② 通院、外出介助での訪問介護員の公共交通機関等の交通費は、実費担当を請求します。

5 利用者負担額、その他の費用の請求及び支払い方法

(1) 請求方法

- ① 利用者負担額、その他の費用は利用月ごとの合計金額により請求します。
- ② 請求書は、利用月の翌月20日までに利用者あてにお届けします。

(2) 支払方法等

- ① 請求月の末日までに、下記の方法でお支払ください。
 - ・利用者が指定する口座からの自動振替（毎月28日）
- ② お支払いを確認しましたら、領収書をお届けしますので、必ず保管してください。

6 秘密の保持

- (1) 従業員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、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とします。
- (2) 利用者からあらかじ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、あらかじ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。
- (3) 利用者又はその家族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ダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守し、適切な取扱いに努めます。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者へ病状の急変が生じた場合、又その他必要があった場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治の医師	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（続柄）	
	所 在 地	
	電 話 番 号	

プリアクセス訪問介護ステーションかしわ 緊急時連絡先

電話番号 04-7142-7181

受付対応時間

365日24時間随時対応可能

8 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、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、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、速やかに損害賠償いたします。

9 サービス提供に関する相談、苦情

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア サービス提供に関する相談及び苦情を受けるための窓口を設置します。

イ 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通りです。

- ・ 苦情を受け付けると同時に苦情担当者が速やかに対応します。
- ・ 実態把握を行い当該苦情への対応を行います。
- ・ 今後より良いサービス提供ができるよう、改善策や対応策等を検討します。
- ・ 事業所のサービスの質の確保・向上に努め、全訪問介護員に周知徹底・指導をして参ります。

(2) 苦情相談窓口

担 当	管理者 黒木小夜子
電話 番号	04-7142-7181
FAX 番号	04-7142-7183
受 付 日	月曜日から金曜日まで(12月31日から1月3日までを除く)
受 付 時 間	午前8時30分から午後5時30分まで

当事業所以外に、お住まいの市町村及び千葉県国民健康保険団体連合の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

柏市役所 高齢者支援課	04-7167-2318
千葉県国民健康保険団体連合会	043-254-7318

10 その他運営に関する重要事項

当事業所は職場におけるハラスメント対策のための方針の明確化等の必要な処置を講じます。

1 1 サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下の通りです。

- (1) 訪問介護員はサービス提供の際、次の業務を行う事ができません。
 - ① 医療行為
 - ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳など、金銭に関する取り扱い
 - ③ 利用者本人以外（家族又は来客）のためのサービス提供
 - ④ 訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障がないもの（草むしり、花木の水やり、ペットの世話等）又は利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供（家具、電気器具等の移動等、大掃除等）
- (2) 金品や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (3) 体調や容態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介護支援専門員（又は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。

1 2 サービスの終了に当たっての留意事項

ア 利用者の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1週間前までにお申し出ください。

イ 当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ございますが、その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

ウ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された場合
- ・利用者が亡くなられた場合

エ その他

利用者やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

令和 年 月 日

訪問介護、介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業の提供開始にあたり、利用者に対して、重要な事項を説明しました。

事業所

事業法人名：株式会社武蔵野プリオ
代表者名：代表取締役 高橋功 印
事業所名：プリオ訪問介護ステーションかしわ
事業所番号：1272205392号
所在地：千葉県柏市あけぼの三丁目8番19号
管理者：黒木小夜子

説明者

氏 名：_____ 印

私は、本書面により、事業者から重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

利用者

住 所：_____

氏 名：_____ 印

(代理人)

住 所：_____

氏 名：_____ 印

