

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）及び那覇市訪問型サービスA

重要事項説明書

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 | 株式会社くるくまケアサービス |
| 主たる事業所の所在地 | 〒900-0003 那覇市天久1-23-18 |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役 安里 修 |
| 設 立 年 月 日 | 平成22年11月 8日 |
| 電 話 番 号 | 098-943-1127 |

2 ご利用事業所の概要

| | | |
|-------------|----------------------------------|------------|
| ご利用事業所の名称 | くるくまケアサービス | |
| サービスの種類 | 第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス） | |
| 事業所の所在地 | 〒900-0003 那覇市安謝101-14 | |
| 電 話 番 号 | 098-943-1127 | |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成23年 3月 1日指定 | 4771012020 |
| 管 理 者 の 氏 名 | 安里 一恵 | |
| 通常の事業の実施地域 | 那覇市 *上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。 | |

3 事業の目的と運営の方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 要支援状態等にある利用者が、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、第1訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス）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、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。利用者・家族の信頼を得るため、職員の専門性の向上と人間性の研磨に努めます。利用者の人権とプライバシーを守り、在宅生活の継続を支えるため、ケアプランに沿った訪問介護計画を作成し、質の高いサービスの提供を目指します。 |

4 営業日時

| | |
|------|--|
| 営業日 | 月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。 |
| 営業時間 | 午前9時00分から午後6時00分まで ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、24時間対応可能な体制を整えるものとします。 |

5 事業所の職員体制

| 職種 | 資格 | 常勤 | 非常勤 | 業務内容 |
|-----------|---------------|----|-----|--|
| 管理者 | 介護福祉士 | 1人 | 0人 | 管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行う。 |
| サービス提供責任者 | 介護福祉士 | 4人 | 0人 | サービス提供責任者は、事業所に対する利用の申込に係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、介護予防訪問介護計画の作成等を行う。 |
| | 実務者研修 | 0人 | 0人 | |
| 訪問介護員 | 介護福祉士 | 0人 | 15人 | 訪問介護員は、介護予防訪問介護型サービスの提供に当たる。 |
| | 実務者研修 | 0人 | 2人 | |
| | 初任者研修（旧2級含） | 0人 | 10人 | |
| | 那覇市が指定する研修修了者 | 0人 | 0人 | |

※サービス従事者は、常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでも提示をものとめることができます。

6 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。

サービスの利用にあたって、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 (訪問事業責任者を兼ねる) | 安里 一恵（あさと かずえ） 山口 宜子（やまぐち のりこ） 新里 尚己（しんざと なおし） 島袋 亜里砂（しまぶくろ ありさ） |
|-------------------------------|---|

7 提供するサービスの内容

第1号訪問事業（介護予防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 ※那覇市訪問型サービスAは除く。 | 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、排せつ介助、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、薬の受け取り、衣服の整理など |

※なお、次のサービスは（原則として）介護保険では提供できません。

| | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・(利用者)本人以外の洗濯・調理 ・主として利用者が使用する居室等以外の掃除 ・特別な手間をかけて行う料理（おせち料理など） ・ペットの世話（犬の散歩など） ・修繕、模様替え | <ul style="list-style-type: none"> ・来客の応接 ・留守番 ・自家用車の洗車・清掃 ・家具・電気器具等の移動 ・ペンキ塗り | <ul style="list-style-type: none"> ・話し相手のみ ・草むしり、花木の水やり ・室内外家屋の修理 |
|---|---|--|

等々

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割又は2割又は3割の額です。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・介護予防訪問介護相当サービス独自（A2）の利用料

【基本部分】※身体介護及び生活援助

| サービス 名称 | サービスの内容 | 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) |
|------------------------------|---------------------------|-----------|---------------|---------------|---------------|
| 標準的な内容の訪問型サービス (1回につき) | 週1回程度の利用 (月に4回まで) | 2,870円/回 | 287円 | 574円 | 861円 |
| 生活援助中心 20分～45分 (1回につき) | | 1,790円/回 | 179円 | 358円 | 537円 |
| 生活援助中心45分以上 (1回につき) | | 2,200円/回 | 220円 | 440円 | 660円 |
| 短時間の身体介護 | | 1,630円/回 | 163円 | 326円 | 489円 |
| 標準的な内容の訪問型サービス (1月につき) | 週1回程度の利用 (月に5回以上) | 11,760円/月 | 1176円 | 2352円 | 3528円 |
| 標準的な内容の訪問型サービス (1回につき) | 週2回程度の利用 (月に8回まで) | 2,870円/回 | 287円 | 574円 | 861円 |
| 標準的な内容の訪問型サービス (1月につき) | 週2回程度の利用 (月に9回以上) | 23,490円/月 | 2349円 | 4698円 | 7047円 |
| 標準的な内容の訪問型サービス (1回につき) | 週2回を超える頻度の利用 (月に12回まで) | 2,870円/回 | 287円 | 574円 | 861円 |
| 標準的な内容の訪問型サービス (1月につき) | 週2回を超える頻度の利用 (月に13回以上) | 37,270円/月 | 3727円 | 7454円 | 11181円 |

上記の基本利用料は、那覇市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 | 200円 | 400円 | 600円 |
| 処遇改善加算 (Ⅰ) | 介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、一本化を行う。 | 所定単位数の24.5%を加算 | 加算額の1割 | 加算額の2割 | 加算額の3割 |

(注1) 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【減算】

高齢者虐待防止未実施減算

利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合は基本部分が1%減算されます。

(2) 那覇市訪問型サービスA(A3)の利用料

【基本部分】※生活援助のみ

| サービス名称 | 利用頻度 | 利用回数 | 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A費(Ⅰ) | 週1回程度の利用 | 月に4回まで | 2,360円/回 | 236円/回 | 472円/回 | 708円/回 |
| 訪問型サービスA費(Ⅱ) | 週2回程度の利用 | 月に8回まで | 2,390円/回 | 239円/回 | 478円/回 | 717円/回 |
| 訪問型サービスA費(Ⅲ) | 週1回程度の利用 | 月に5回以上 | 10,350円/月 35円/月 | 1,035円/月 | 2,070円/月 | 3,105円/月 |
| 訪問型サービスA費(Ⅳ) | 週2回程度の利用 | 月に9回以上 | 20,670円/月 | 2,067円/月 | 4,134円/月 | 6,201円/月 |

(注1) 上記の単位は、那覇市が設定したものであり、これが改定された場合は、これらの単位も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい単位を书面でお知らせします。

(注2) 区分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。

【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 | 200円 | 400円 | 600円 |
| 訪問介護員 従事加算 (注1) | 週1回(月4回まで) | +100円/回 | +10円/回 | +20円/回 | +30円/回 |
| | 週1回(月5回以上) | +500円/月 | +50円/月 | +100円/月 | +150円/月 |
| | 週2回(月8回まで) | +100円/回 | +10円/回 | +20円/回 | +30円/回 |
| | 週2回(月9回以上) | +1000円/月 | +100円/月 | +200円/月 | +300円/月 |
| 処遇改善加算 (I) | 介護職員処遇改善加算、介護職員等特定処遇改善加算、介護職員等ベースアップ等支援加算について、一本化を行う。 | 所定単位数の24.5%を加算 | 加算額の1割 | 加算額の2割 | 加算額の3割 |

(注1) サービスを提供した者が無資格者(ただし、那覇市の研修等を受講した者に限る)ではなく訪問介護員であった場合にのみ加算します。また、訪問介護員従事加算は、処遇改善加算の実施単位には算定されません。

(注2) 介護職員処遇改善加算(I)の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

【減算】

高齢者虐待防止未実施減算

利用者の人権の擁護、虐待の防止等をより推進する観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合は基本部分が1%減算されます。

(3) キャンセル料

利用予定日の直前に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、キャンセル料は不要とします。また、介護予防訪問介護相当サービスで、利用料が月単位の定額の場合は、キャンセル料は不要とします。但し、当月提供予定の介護予防訪問介護サービスが全てキャンセルとなった場合は以下のキャンセル料を頂きます。

| キャンセルの時期 | キャンセル料 |
|---|----------|
| 利用予定日の前日(前営業日) | 無料 |
| 当月提供予定の介護予防訪問介護サービスが全てキャンセルとなった場合利用予定日の当日 | 基本利用料の1割 |

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料は不要です。

(4) 交通費

- ①通常のサービス提供地域 (※) ・ ・ 無料
- ②通常のサービス提供以外の地域 ・ ・ 事業の実施地域を越えてから片道 2 キロ未満 5 0 円。
2 キロを超える場合は、1 キロ増すごとに 5 0 円加算。
- ③買い物時や薬の受けとり時の交通費 ・ ・ お客様の実費負担となります。
- ④通院介助時の交通費 ・ ・ お客様の実費負担となります。

(※) 通常のサービス提供地域とは、前記 2 の通常の事業の実施地域にお住まいの方です。

(5) 水道代・ガス代・電気代

お客様のご自宅で、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用はお客さまのご負担になります。

(6) サービス提供の記録 (※) や情報開示について

当事業者は利用者様へのサービス提供の記録を整備し、利用者様の求めに応じてその内容を開示します。開示に際して必要な複写料などはお客様の実費負担となります。(1 枚あたり 1 0 円)

(※) 事業所は、サービスの提供に関する記録を作成し、お客様の要支援認定の有効期間が満了する日から 5 年間保管しています。

(7) 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 か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、1 5 日以内に差し上げます。

| 支払い方法 | 支払い要件等 |
|-------|---|
| 口座引落 | サービスを利用した月の <u>翌月の 2 7 日 (祝休日の場合は翌営業日)</u> に、利用者の指定する口座より引き落としします。 <u>引き落としの手数料はくるくまケアサービスが負担します。</u> |
| 銀行振込 | サービスを利用した月の <u>翌月の末日 (祝休日の場合は翌営業日) までに</u> 、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 <u>振り込み手数料は利用者様の負担となります。</u> ・ 沖縄銀行 新都心支店 普通預金 1 3 8 2 7 9 0 口座名義人:株式会社くるくまケアサービス |

（８） その他

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。

お客様がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、介護予防ケアプランが作成されていない場合も償還払いとなります。

９ 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（続柄） | | |
| | 電話番号 | | |

１０ 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、那覇市及び沖縄県介護保険広域連合等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

１１ 苦情相談窓口

（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：０９８－９４３－１１２７ 担当者：管理者 安里 一恵（あさと かずえ） サービス提供責任者 安里一恵、山口宣子、新里尚己、島袋亜里砂 法人代表 安里修 面談場所：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出ることができます。

| | | |
|--------|-------------------|-------------------|
| 苦情受付機関 | 那覇市ちゃーがんじゅう課 | 電話番号 ０９８－８６２－９０１０ |
| | 沖縄県福祉サービス運営適正化委員会 | 電話番号 ０９８－８８２－５７０４ |
| | 沖縄県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 ０９８－８６０－９０２６ |

1 2 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、あらかじめご了承ください。

- 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のサービスの提供

(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。

(4) サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

(5) 訪問介護員の交替

- ① お客様からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業所に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。ただし、お客様から特定の訪問介護員の指名については、要望にお応えできない場合もあります。

- ② 事業所からの訪問介護員の交替

事業所の都合により、訪問介護員を交替することがあります。訪問介護員を交替する場合はお客様及びそのご家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとしします。

1 3. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

☒ 【未実施】

☐ 【実施済】

実施年月日 : 年 月 日

実施評価機関の名称 :

評価結果の開示状況 :

1 4. 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会の開催と従業者への委員会結果周知
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待を防止するための研修の実施
- (4) 上記の虐待防止措置を適切に実施するための担当者の設置

事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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するものとする。

1 5．身体拘束禁止に関する事項

事業所は、当該利用者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わない。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

1 6．認知症ケアに関する事項

事業所は、認知症に関する十分な知識と理解を習得し、専門性と資質の確保・向上を目的とし定期的に研修を実施する。

事業所は、認知症高齢者への対応として、総合的なアセスメントを踏まえた環境、チームケアを統一することで、認知症高齢者のニーズに即した生活支援を行う。

パーソンドケア（いつでも、どこでも、その人らしく）本人の自由意志を尊重したケアを実践する。

1 7．記録の保存

事業所は、訪問型サービスに関する諸記録を整備し、そのサービス提供をした日から最低5年間は保存するものとする。

____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 | 那覇市安謝 1 0 1 - 1 4 | |
| | 事業者名 | くるくまケアサービス | |
| | 代表者職・氏名 | 管理者 安里 一恵 | 印 |
| | 説明者職・氏名 | <input type="checkbox"/> 管理者 | |
| | | <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 | |

印

私は、本書面にもとづいて事業者から重要事項の説明を受け、サービスの提供に同意し、受領しました。 また、この書面が契約書の別紙（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

（代理人）利用者は、身体の状態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、その記名・押印しました。

代理人（又は法定代理人）

住所

氏名 印

利用者との続柄

（立会人）私は、この契約に立ち会いました。

立会人 住所

氏名 印

利用者との続柄