

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業  
重要事項説明書



大阪府池田市新町3番9-1402号  
株式会社自立支援センター・びーず  
代表取締役 渡辺 幸子

事業所名：**自立支援センター・び〜ず**



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）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 | 株式会社自立支援センター・びーず         |
| 主たる事務所の所在地 | 〒563-0050 池田市新町3番9-1402号 |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役 渡辺 幸子              |
| 設立年月日      | 平成27年8月28日               |
| 電話番号       | 072-702-5480             |

2. ご利用事業所の概要

|             |                                                                                                                                                                                                                         |            |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| ご利用事業所の名称   | 自立支援センター・びーず                                                                                                                                                                                                            |            |
| サービスの種類     | 第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）                                                                                                                                                                                                     |            |
| 事業所の所在地     | 〒563-0058 池田市栄本町9番6号                                                                                                                                                                                                    |            |
| 電話番号        | 072-734-8773                                                                                                                                                                                                            |            |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成28年3月1日指定                                                                                                                                                                                                             | 2772502072 |
| 通常の事業の実施地域  | ＜池田市の下記の地域＞<br>旭丘・綾羽・井口堂・石橋・上池田・宇保町・木部町・空港・<br>呉服町・神田・栄本町・栄町・五月丘・渋谷・城山町・新町・<br>城南・菅原町・住吉・荘園・<br>建石町・ダイハツ町・大和町・槻木町・天神・豊島北・豊島<br>南・中川原町・西本町・畑・八王寺・鉢塚・東山町・姫室町・<br>古江町・満寿美町・緑丘・室町・桃園<br>＜川西市の下記の地域＞<br>小戸・小花・絹延町・栄町・中央町・美園町 |            |

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、第1号事業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。 |

4. 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）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。<br>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。<br>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

|      |                                                                               |
|------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 営業日  | 月曜日から金曜日まで<br>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31日から1月3日）を除きます。                  |
| 営業時間 | 午前9時から午後6時まで<br>ただし、サービスの提供については午前8時から午後8時までとし、利用者の希望に応じて、上記時間外も相談に応じるものとします。 |

## 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 4人 |
| ヘルパー1級・実務者研修 | 常勤 0人、非常勤 1人 |
| ヘルパー2級・初任者研修 | 常勤 0人、非常勤 8人 |

## 7. サービス提供の担当者

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 | 川田 育子、 奥村 伸子 |
|--------------|--------------|

## 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）の利用料

| 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) |
|---------------------|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 訪問型サービスⅠ<br>(1月につき) | 週1回程度の利用が必要な場合（事業対象者・要支援1） | 12,747円／月 | 1,275円    | 2,550円    | 3,825円    |

|                     |                                |           |        |        |         |
|---------------------|--------------------------------|-----------|--------|--------|---------|
| 訪問型サービスⅡ<br>(1月につき) | 週2回程度の利用が必要な場合(事業対象者・要支援1・2)   | 25,463円/月 | 2,547円 | 5,093円 | 7,639円  |
| 訪問型サービスⅢ<br>(1月につき) | 週2回を超える程度の利用が必要な場合(事業対象者・要支援2) | 40,400円/月 | 4,040円 | 8,080円 | 12,120円 |

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、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：介護予防訪問介護相当】

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      |           |           |           |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|
|                            |                                                                                                      | 加算額      | 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                                                                                    | 2,168円   | 217円      | 434円      | 651円      |
| 生活機能向上<br>連携加算Ⅰ<br>(1月につき) | 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し、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介護予防ケアマネジメントを作成し、サービス提供した場合 | 1,084円   | 109円      | 217円      | 326円      |
| 生活機能向上<br>連携加算Ⅱ<br>(1月につき) |                                                                                                      | 2,168円   | 217円      | 434円      | 651円      |
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)※            | 介護職員等の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合                                                                         | 224/1000 | 左記額の1割    | 左記額の2割    | 左記額の3割    |

(注1) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

#### (2) 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、あなたの救急搬送や急な入院等の場合及び気象警報発表によるサービス中止など、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。

| キャンセルの時期         | キャンセル料                                        |
|------------------|-----------------------------------------------|
| 24時間前までのご連絡の場合   | キャンセル料は不要です。                                  |
| 12時間前までにご連絡の場合   | 800円×時間数(身体介護)<br>600円×時間数(生活援助)を請求いたします。     |
| 12時間前までにご連絡のない場合 | 1,600円×時間数(身体介護)<br>1,200円×時間数(生活援助)を請求いたします。 |

### （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、請求月の末日までに、次のいずれかの方法によりお支払いください。

ア 事業者指定口座への振り込み ※振込手数料は利用者（お客様）にてご負担ください。

イ 現金支払い

なお、利用者負担金の支払いを受けた後、領収証を差し上げますので、必ず保管されますようお願いいたします。

## 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<br>(家族等) | 氏名（利用者との続柄） |  |
|                | 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及び池田市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 ０７２－７０２－５４８０ |
|         | 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 | 池田市福祉部介護保険課    | 電話番号 ０７２－７５４－６２５６ |
|        | 大阪府国民健康保険団体連合会 | 電話番号 ０６－６９４９－５４１８ |

## １２．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) 買い物における過度な要求への対応はできません。

- ✧ 訪問介護員等に複数の店の値段を比較させ、最安値の店で購入させる
- ✧ 買い物リストに拠らず、店頭の商品の状態や値段等を訪問介護員等に報告させてから購入する商品を決める
- ✧ 訪問介護員等に一度の会計で複数のプリペイドカードを使用させる 等

(4) 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。

### 1 3. サービスの利用にあたっての禁止事項

サービスのご利用に当たって下記の事項は禁止です。万一利用者に該当する行為があった場合は、契約書第9条第1項に基づき、事業者の契約解除の対象となります。

- ① 訪問介護員等に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
- ② 訪問介護員等に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
- ③ 訪問介護員等に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）

### 1 4. 第三者による評価の実施状況は、以下のとおりです。

|               |         |        |                      |
|---------------|---------|--------|----------------------|
| 第三者による評価の実施状況 | 1    あり | 実施日    |                      |
|               |         | 評価機関名称 |                      |
|               |         | 結果の開示  | 1    あり      2    なし |
|               | 2    なし |        |                      |

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    大阪府池田市新町3番9－1402号

事業者（法人）名    株式会社自立支援センター・びーず

代表者職・氏名    代表取締役 渡辺 幸子    印

説明者職・氏名 ..... 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受けました。

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

# 利用契約における個人情報使用同意書

事業者名称 株式会社自立支援センター・びーず  
事業所名称 自立支援センター・びーず

私及びその家族の個人情報については、次に記載するとお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

事業所が介護保険法及び関連法令に基づき私に行う第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）を円滑に実施するため、担当者会議において、又は私が利用する他のサービス事業者等と情報の共有が必要な場合に、使用する。

### 2 使用にあたっての条件

- ①個人情報の提供は、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。
- ②事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等を記録しておくこと。

### 3 個人情報の内容

- ・氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、事業者がサービスを提供するために最少限必要な利用者や家庭個人に関する情報
- ・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

|                   |     |   |
|-------------------|-----|---|
| 利用者               | 住 所 |   |
|                   | 氏 名 | 印 |
| 家族等<br>(続柄：     ) | 住 所 |   |
|                   | 氏 名 | 印 |
| 家族等<br>(続柄：     ) | 住 所 |   |
|                   | 氏 名 | 印 |