

(第2号様式)

訪問介護等サービス重要事項説明書

当事業所は、利用者に対するサービスの提供開始にあたり、事業所の概要やサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

第1条（法人の概要）

- (1) 法人名 公益財団法人船橋市福祉サービス公社
- (2) 法人所在地 船橋市本町2丁目7番8号 船橋市福祉ビル4階
- (3) 電話番号 047-436-2832
- (4) 代表者氏名 理事長 松戸 徹
- (5) 設立年月日 平成6年3月28日
- (6) 実施事業の情報・個人情報の取扱いについて（ホームページ <http://www.ffsk.or.jp>）

第2条（事業所の概要）

- (1) サービスの種類 訪問介護
介護予防訪問型サービス・介護予防生活支援サービス
- (2) 事業所番号 船橋市・1270907635
- (3) 事業所の名称 公益財団法人船橋市福祉サービス公社三咲
- (4) 事業所の所在地 船橋市二和東6丁目42番21号 飛田ビル1階
- (5) 電話番号 047-449-4557
- (6) 管理者 蔵 春子
- (7) 事業の実施地域 船橋市内全域及び公社が必要と認めた地域

第3条（営業日・営業時間及びサービス提供可能な日と時間帯）

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、祝日・休日及び12月29日から1月3日を除く
営業時間	午前9時から午後5時まで
サービス提供日	12月31日から1月3日を除く毎日
サービス提供時間	午前8時から午後6時

（注）上記以外の日時にサービスの提供が必要な場合はご相談ください。

第4条（事業の目的と運営の方針）

1 事業の目的

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、サービスを提供することを目的とします。

2 運営の方針

事業の実施にあたっては、利用者の心身の状況や家庭環境を踏まえ、介護保険法その他関係法令の趣旨及び本契約の定めに基づき、関係する市区町村や、地域の保健・医療・福祉サービス等の関係機関と密接な連携を図りながら、利用者の要介護・要支援状態の軽減や悪化の防止、若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。

第5条（事業所の職員体制等）

1 職員体制

職 種	資 格	常 勤	非常勤	計	兼務の職種等
管理者	介護福祉士	1名	—	1名	サービス提供責任者
サービス提供責任者	介護福祉士	3名	—	3名	
訪問介護員	介護福祉士	—	7名	7名	
	介護職員実務者研修	1名	1名	2名	
	介護職員基礎研修	—	1名	1名	
	ホームヘルパー1級	—	—	—	
	介護職員初任者研修 ホームヘルパー2級	—	7名	7名	
船橋市認定ヘルパー	船橋市認定ヘルパー	—	1名	1名	

（注）員数は、船橋市の定める指定基準を下回らない範囲内で変更することがあります。

2 職務内容

(1) 管理者

管理者は、事業所の職員の管理及び業務の管理を一元的に行います。

(2) サービス提供責任者

サービス提供責任者は、事業所に対するサービス利用の申込みに係る調整、訪問介護員・船橋市認定ヘルパー（以下、「訪問介護員等」という。）に対する技術指導、訪問介護計画の作成等を行います。

(3) 訪問介護員

訪問介護員は、訪問介護、介護予防訪問型サービス、介護予防生活支援サービスの提供にあたります。

(4) 船橋市認定ヘルパー

船橋市認定ヘルパーは、介護予防生活支援サービスの提供にあたります。

第6条（サービス内容）

1 身体介護

- (1) 排泄介助（排泄の介助、おむつ交換等を行います）
- (2) 食事介助（食事、服薬の介助等を行います）
- (3) 入浴介助（入浴の介助又は清拭等を行います）
- (4) 洗面、整容、衣類の着脱の介助（洗面、歯磨き、整髪、着替えの介助等を行います）
- (5) 移乗・移動介助（車椅子への移乗、室内移動、通院等外出時の介助等を行います）

(6) 体位交換（褥瘡予防・安楽な姿勢の保持のための介助等を行います）

(7) 自立支援・重度化防止のための見守りの援助

2 生活援助

(1) 掃除（利用者の居室の掃除を行います）

※利用者の居室以外、庭等の敷地の掃除は行えません。

(2) 洗濯（利用者の衣類等の洗濯を行います）

※家族分の洗濯は行えません。

(3) 調理（利用者の食事の用意を行います）

※家族分の調理は行えません。

(4) 買物（利用者の日常生活に必要な物品の買物を行います）

※預金の引き出しや預け入れは行えません。

3 相談援助

その他生活に関する相談や助言を行います。

第7条（利用料金）

1 介護報酬に基づく利用料金の額は、ケアプランに基づくサービス内容・時間ごとの単位数及びサービス提供の体制等に係る加算として厚生労働大臣が定める介護報酬の基準に基づき算定された額（介護予防訪問型サービス及び介護予防生活支援サービスにおいては、船橋市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する要綱に定める金額）から保険給付対象額を控除した額となります。介護保険サービスを利用するときの自己負担額は、市区町村から交付された介護保険負担割合証に記載された負担割合に応じた額となります。ただし、保険給付を超えるサービス利用については、全額自己負担となります。

(1) 介護報酬表（訪問介護）

サービス内容・所要時間		単位数	介護報酬額
身体介護	20 分未満	163 単位	1,766 円
	20 分以上 30 分未満	244 単位	2,644 円
	30 分以上 1 時間未満	387 単位	4,195 円
	1 時間以上 1 時間 30 分未満	567 単位	6,146 円
	以降 30 分を増す毎に加算	82 単位	888 円
生活援助	20 分以上 45 分未満	179 単位	1,940 円
	45 分以上	220 単位	2,384 円
身体介護に引き続き行う 生活援助	20 分以上 45 分未満	65 単位	704 円
	45 分以上 1 時間 10 分未満	130 単位	1,409 円
	1 時間 10 分以上	195 単位	2,113 円

(2) 介護報酬表（介護予防訪問型サービス）

サービス内容	単位数	介護報酬額
介護予防訪問型サービス（Ⅰ） 週 1 回程度	1,176 単位	12,747 円
介護予防訪問型サービス（Ⅱ） 週 2 回程度	2,349 単位	25,463 円
介護予防訪問型サービス（Ⅲ） 週 3 回程度 （事業対象者・要支援 2 の利用者に限る）	3,727 単位	40,400 円

（注）介護予防訪問型サービスの介護報酬は、ひと月単位の請求となるため、訪問介護計画に満たない利用回数であっても定額の利用料金となります。

(3) 介護報酬表（介護予防生活支援サービス）

サービス内容	単位数	介護報酬額
介護予防生活支援サービスⅠ 所要時間 45 分未満	161 単位	1,745 円
介護予防生活支援サービスⅡ 所要時間 45 分以上	198 単位	2,146 円

(4) 地域区分

介護報酬は、介護保険法に定める地域区分ごとの 1 単位の単価が異なります。当事業所の地域区分は 4 級地に該当し、1 単位あたりの単価は、10.84 円となります。

(5) 2 人対応

訪問介護において、ケアプランに基づき 2 名の訪問介護員により、サービスを提供する必要があると判断された場合、介護報酬は通常の 2 倍の料金となります。

(6) 割増率

第 3 条に規定するサービス提供時間（午前 8 時から午後 6 時）以外にサービスを提供した場合、介護報酬は次の割合で加算されます。ただし、割増率の適用は訪問介護に限ります。

時 間 帯	割増率
早朝（午前 6 時から午前 8 時）、夜間（午後 6 時から午後 10 時）	25%
深夜（午後 10 時から午前 6 時）	50%

(7) 加算料金

以下の加算要件を満たす場合、第 1 号から第 3 号の介護報酬表に定める単位数を基に該当する以下の加算の種類を算定します。

加算	加算単位	介護報酬額	算定回数等
特定事業所加算Ⅰ	所定単位数 の 20%	左記の単位数 × 第 4 号に定 める地域区分 (10.84 円)	1 回につき
特定事業所加算Ⅱ	所定単位数 の 10%		
特定事業所加算Ⅲ	所定単位数 の 10%		
特定事業所加算Ⅳ	所定単位数 の 3%		
特定事業所加算Ⅴ	所定単位数 の 3%		
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数 の 24.5%	左記の単位数 × 第 4 号に定 める地域区分 (10.84 円)	基本サービス費に各種加算 減算を加えた総単位数
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数 の 22.4%		
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	所定単位数 の 18.2%		
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	所定単位数 の 14.5%		
初回加算	200 単位	2,168 円	初回利用のみひと月につき
緊急時訪問介護加算	100 単位	1,084 円	1 回の要請に対して 1 回
生活機能向上連携加算Ⅰ	100 単位	1,084 円	ひと月につき
生活機能向上連携加算Ⅱ	200 単位	2,168 円	

(注) 所定単位数は、ひと月に利用した訪問介護等の単位数の合計。

(イ) 特定事業所加算

当事業所は、人材の質の確保や訪問介護員等の活動環境の整備、重度要介護者への対応などを行っている事業所として船橋市へ特定事業所加算Ⅱの届出を行っていることから、特定事業所加算として、所定単位数に 10% を乗じて得た単位数に 10.84 円を乗じて得た額を介護報酬に加算します。

(ロ) 介護職員等処遇改善加算

当事業所は、別に厚生労働大臣が定める基準に適合し、介護職員等の更なる資質向上及び職場環境・処遇の改善等を実施している事業所として、船橋市へ介護職員等処遇改善加算Ⅰの届出を行っていることから、介護職員等処遇改善加算として、所定単位数に 24.5% を乗じて得た単位数に 10.84 円を乗じて得た額を介護報酬に加算します。

(ハ) 初回加算

新規利用契約者、又は、過去 2 月間（暦月）に訪問介護の提供を受けていない利用者に対し、新たに訪問介護計画を作成（要支援者が要介護認定を受けた、又は、要介護者が要支援認定を受けた場合を含む）した後、初回サービスと同月内に、

サービス提供責任者が自ら訪問介護を提供、又は、他の訪問介護員等が訪問介護を提供する際に同行訪問した場合、初回加算として、ひと月につき2,168円を介護報酬に加算します。

(二) 緊急時訪問介護加算

利用者やその家族からの要請に基づき、サービス提供責任者が介護支援専門員と連携を図り、介護支援専門員が必要と認めた場合に、訪問介護員が居宅サービス計画にない身体介護を行った場合、1回につき1,084円を緊急時訪問介護加算として介護報酬に加算します。

(ホ) 生活機能向上連携加算

利用者に対して、訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成した場合、生活機能向上連携加算Ⅰとして初回以降の3ヵ月の間、ひと月につき1,084円を介護報酬に加算します。

また、現行の訪問リハビリテーション・通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して行う場合に加えて、リハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が利用者宅に訪問して評価を行う場合は、生活機能向上連携加算Ⅱとしてひと月につき2,168円を介護報酬に加算します。

2 キャンセル料

(1) 訪問介護

訪問介護のキャンセル料は、1回分のサービス又は1回あたりの訪問時間を短縮した時間分に相当する介護報酬の1割の額となります。

(2) 介護予防訪問型サービス

ひと月のサービスが全てキャンセルとなった場合に限り、サービス内容に該当する介護報酬の1割の額がキャンセル料となります。

(3) 介護予防生活支援サービス

介護予防生活支援サービスのキャンセル料は、1回分のサービスに相当する介護報酬の1割の額となります。

(4) キャンセル料がかかる場合

利用予定日の前日の午後5時までにご連絡をいただいた場合	無 料
上記以外に該当する場合	当該介護報酬の1割の額

3 交通費

訪問介護員等が実施地域の利用者宅に訪問する場合、交通費はかかりません。ただし、利用者宅よりサービス提供のためにかかる交通費は、利用者のご負担になります。

4 その他の費用

利用者の居宅において、訪問介護を実施するために使用する水道、ガス、電気、電話の費用のほか、業務に伴う諸経費につきましては、利用者負担となります。

第8条（利用料金の支払い方法）

- 1 サービス提供に係る利用料金については、サービス提供月の利用料金合計額と明細を付した請求書を翌月20日までに利用者に送付します。利用者は、当該請求書が送付された月の末日までに利用者の指定する金融機関の口座から引落としの方法により支払うものとします。利用者の希望により、郵便局から振込む時も同様とします。
- 2 利用料金の領収書は、前項の支払いを受けた後、翌月20日までに利用者に送付します。

第9条（訪問介護員等の訪問時間の変更等）

訪問介護員等の訪問は、個別の訪問介護計画に基づき行いますが、台風・大雪・大雨・地震等による自然災害や交通機関の乱れ等が発生した場合、訪問日時の変更等のご協力をお願いする場合があります。

第10条（訪問介護員等の禁止行為）

- (1) 医療行為
- (2) 利用者又は家族の預貯金通帳、証書、書類、金銭（買物代金を除く）等の預かり
- (3) 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- (4) 利用者の同居家族に対するサービスの提供
- (5) 利用者の日常生活の範囲を超えたサービスの提供（大掃除、庭掃除等）
- (6) 飲酒、喫煙、飲食（外出介助等において利用者の同意を得て利用者と一緒に飲食を行う場合は除きます）
- (7) 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命又は身体を保護するため緊急止むを得ない場合を除きます）
- (8) 利用者若しくは家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動及びその他迷惑行為

第11条（ハラスメント対策）

- (1) 当法人は、職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- (2) 利用者及び家族等が、事業所の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、ハラスメントなどの行為を禁止します。

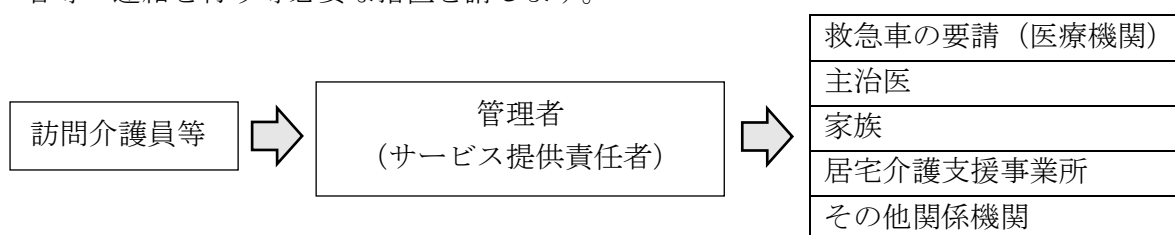
第12条（虐待防止について）

当法人は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- (1) 当法人は、虐待を防止する対策を検討する委員会を設置し、定期的に委員会を開催するとともに、その結果を訪問介護員その他の職員に周知を図ります。
- (2) 当法人は、虐待を防止するために指針を整備するものとします。
- (3) 当法人は、訪問介護員その他の職員に対し、虐待を防止するために研修を定期的に開催し、知識・技術の向上に努めるものとします。
- (4) 前三号に掲げる措置を適切に講じるために担当者を設置するものとします。

第13条（緊急時の対応）

サービス提供中に利用者の容体の急変等があった場合は、速やかに医療機関その他関係者等へ連絡を行う等必要な措置を講じます。



緊急時の連絡先及び対応可能時間帯

公益財団法人 船橋市福祉サービス公社三咲	<table> <tr> <td style="width: 15%;">所 在 地</td><td>船橋市二和東6丁目42番21号 飛田ビル1階</td></tr> <tr> <td>連 絡 先</td><td>070-1407-4977</td></tr> <tr> <td>受 付 時 間</td><td>午前8時から午後6時</td></tr> </table>	所 在 地	船橋市二和東6丁目42番21号 飛田ビル1階	連 絡 先	070-1407-4977	受 付 時 間	午前8時から午後6時
所 在 地	船橋市二和東6丁目42番21号 飛田ビル1階						
連 絡 先	070-1407-4977						
受 付 時 間	午前8時から午後6時						

ご家族①	氏 名	
	連絡先	
	住 所	
ご家族②	氏 名	
	連絡先	
	住 所	
主治医	氏 名	
	連絡先	
	病院名	

第14条（事故発生時の対応）

サービス提供により、事故が発生した場合は、利用者の家族及び居宅介護支援事業所、市区町村等に必要に応じた報告と連絡を行うとともに、事故の状況及び事故後の対応を記録し、その原因を解明し再発防止策を講じます。

第 15 条（相談及び苦情対応窓口）

1 提供した訪問介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

2 苦情対応手順

苦情対応マニュアルに基づき、管理者又はサービス提供責任者が苦情内容及び申出者の要望等を聞きとり、速やかに事実の確認を行います。苦情の内容により管理者又はサービス提供責任者が申出者へ謝罪、事実を確認した内容の説明、事業所としての今後の対応（改善策）について説明を行います。

3 相談・苦情対応窓口

(1) 事業所の相談・苦情対応窓口

公益財団法人 船橋市福祉サービス公社三咲 相談窓口責任者 蔵 春子	所 在 地 船橋市二和東 6 丁目 4 2 番 2 1 号 飛田ビル 1 階 電 話 番 号 0 4 7 - 4 4 9 - 4 5 5 7 F A X 番 号 0 4 7 - 4 4 9 - 4 5 6 5 受 付 時 間 平日午前 9 時から午後 5 時
---	---

(2) 公的機関による苦情相談窓口

船橋市役所 介護保険課	所 在 地 船橋市湊町 2 丁目 1 0 番 2 5 号 電 話 番 号 0 4 7 - 4 3 6 - 2 3 0 2
千葉県国民健康保険団体連合会 苦情処理係	所 在 地 千葉市稲毛区天台 6 丁目 4 番 3 号 電 話 番 号 0 4 3 - 2 5 4 - 7 4 2 8

第 16 条（第三者による評価の実施状況）

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		

指定訪問介護・指定介護予防訪問型サービス・指定介護予防生活支援サービスの開始に
際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

(事業所)

所 在 地 船橋市二和東6丁目4番21号 飛田ビル1階

名 称 公益財団法人船橋市福祉サービス公社三咲

説明者氏名

印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定訪問介護・指定介護予
防訪問型サービス・指定介護予防生活支援サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

(利用者)

住 所

氏 名

印

(署名代行者又は法定代理人)

住 所

氏 名

印

利用者との関係

