

重要事項説明書（契約書別紙）

訪問介護

介護予防型訪問サービス

生活支援型訪問サービス

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、福岡県条例の規定に基づき、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 エンジョイ・ラボ
主たる事務所の所在地	〒812-0065 福岡市東区多の津4丁目19-3-2号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 尹 咲華
設立年月日	平成20年12月3日
電話番号	092-710-7785

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	介護ラボ	
サービスの種類	訪問介護・介護予防型訪問サービス・生活支援型訪問サービス	
事業所の所在地	〒812-0065 福岡市東区二又瀬新町12番24号	
電話番号	092-710-7785	
指定年月日・事業所番号	平成30年5月1日指定	4070805116
管理者の氏名	尹 咲華	
通常の事業の実施地域	福岡市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は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生活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、介護予防型・生活支援型訪問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、利用者の要介護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

訪問介護（又は介護予防訪問介護）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。

① 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。 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
② 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、薬の受取り、衣服の整理など
③ 通院等のための乗車又は降車の介助	通院や外出のため、訪問介護員等が運転する車両への乗車又は降車の介助とあわせて、乗車前もしくは降車後の屋内外における移動等の介助や、通院先もしくは外出先での受診等の手続きや移動等の介助を行います。 (ただし、介護予防型訪問サービスについては、当該サービスは対象外です。)

5. 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29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 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。

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、看護師	常勤 2人以上 非常勤 0人以上
実務者研修修了者 介護職員初任者研修課程修了者	常勤 2人以上 非常勤 1人以上

7. 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	小宮 瑞紀
--------------	-------

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、負担割合証に応じた額とします。ただし、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、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 訪問介護の利用料

【基本部分】

サービスの内容 1回あたりの所要時間		基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金(自己負担1割の場合) (=基本利用料の1割)※(注2)参照
身体介護	20分未満	1,765円	176円
	20分以上30分未満	2,621円	262円
	30分以上1時間未満	4,151円	415円
	1時間以上1時間30分未満	6,034円	603円
	1時間30分以上	30分を増すごとに856円	30分を増すごとに85円加算
引き続き「生活援助中心型」を算定する場合		25分増すごとに716円を加算 (身体介護の所要時間が20分以上の場合に限る。)	25分増すごとに71円を加算
生活援助	20分未満		
	20分以上45分未満	1,958円	195円
	45分以上	2,407円	240円

(注1) 「身体介護中心型」及び「生活援助中心型」において、利用者の同意を得て、同時に2人の訪問介護員等がサービス提供した場合は、上記基本利用料の2倍の額となります。

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訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を书面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、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。

【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	利用者負担金 (自己負担1割の場合)
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合 (1月につき)	2,140円	214円
生活機能向上連携加算	指定訪問リハビリテーション事業所又は指定通所リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定訪問リハビリテーション又は指定通所リハビリテーションの一環として利用所の居宅を訪問する際に、サービス提供責任者が同行する等により、共同して利用者の心身の状況などを評価した上で生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成し、サービス提供した場合(1月につき)	1070円	107円
緊急時訪問介護加算	利用者や家族等からの要請を受け、緊急にサービスを提供した場合(1回につき)	1,070円	107円
夜間・早朝、深夜加算	夜間(18時～22時)又は早朝(6時～8時)にサービス提供する場合	上記基本部分の25%	
夜間・早朝、深夜加算	深夜(22時～翌朝6時)にサービス提供する場合	上記基本部分の50%	
指定事業所加算Ⅰ	当該加算の体制要件、人材要件及び重要要介護者等対応要件を満たす場合	上記基本部分の20%	
指定事業所加算Ⅱ	当該加算の体制要件及び人材要件を満たす場合	上記基本部分の10%	
指定事業所加算Ⅲ	当該加算の体制要件及び重要要介護者等対応要件を満たす場合	上記基本部分の10%	
指定事業所加算Ⅳ	当該加算の体制要件及び重要要介護者等対応要件を満たす場合	上記基本部分の5%	
介護職員処遇改善加算Ⅰ ※			
介護職員処遇改善加算Ⅱ ※			
介護職員処遇改善加算Ⅰ ※			
介護職員処遇改善加算Ⅰ ※			

介護職員処遇改善加算Ⅰ ※		
---------------	--	--

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
事業所と同一建物に居住する利用者等へのサービス提供減算	以下のいずれかの利用者にサービスを行う場合 ・事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内の建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。）に居住する利用者 ・事業所と同一の建物に居住する利用者 ・一月当たりの利用者が20人以上居住する建物の利用者	上記基本部分の90%
サービス提供責任者体制の減算	介護職員初任者研修課程修了者（介護職員基礎研修課程修了者等を除く）をサービス提供責任者として配置している場合	上記基本部分の70%

（２）介護予防型訪問介護の利用料

【基本部分】

サービスの内容 ※身体介護及び生活援助のみ (1月あたり)		基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金（自己負担1割の場合） （＝基本利用料の1割） ※(注2)参照
介護予防 訪問介護費Ⅰ	1週間に <u>1回程度</u> の介護予防訪問介護が必要とされた場合	12,583円	1,259円
介護予防 訪問介護費Ⅱ	1週間に <u>2回程度</u> の介護予防訪問介護が必要とされた場合	25,134円	2,514円
介護予防 訪問介護費Ⅲ	1週間に <u>3回程度以上</u> の介護予防訪問介護が必要とされた場合 (要支援2の利用者のみ対象)	39,878円	3,987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訂されます。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。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、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) 上記の基本利用料金・利用者負担料金は福岡市（地域区分5級地10.7円を乗じた料金）で計算しています。福岡市以外の利用の場合は、基本利用単価にお住いの地域区分が乗じた金額をご説明いたします。

【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	利用者負担金 (自己負担1割の場合)
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	2,140円	214円
介護職員処遇改善 加算Ⅰ ※	当該加算の算定要件を満たす場合	1月の利用料金の13.7% (基本料金+各種加算減算)	
介護職員処遇改善 加算Ⅱ ※		1月の利用料金の10.0% (基本料金+各種加算減算)	
介護職員処遇改善 加算Ⅲ ※		1月の利用料金の5.5% (基本料金+各種加算減算)	
介護職員処遇改善 加算Ⅳ ※		加算Ⅲの90%	
介護職員処遇改善 加算Ⅴ ※		加算Ⅲの80%	
特別地域介護予防 訪問介護加算 ※	当事業所が特別地域に所在する場合	上記基本部分の15%	
小規模事業所加算※	当事業所が特別地域に所在せず、1月あたりの実利用者数が5人以下の小規模事業所である場合	上記基本部分の10%	

(注) ※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

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
サービス提供責任者 体制の減算	介護職員初任者研修課程修了者（介護職員基礎研修課程修了者等を除く）をサービス提供責任者として配置している場合	上記基本部分の70%

（２）生活支援型訪問介護の利用料

【基本部分】

サービスの内容 ※身体介護及び生活援助のみ (1月あたり)		基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金（自己負担1割の場合） (=基本利用料の1割) ※(注2)参照
生活支援型 訪問介護費Ⅰ	事業対象者・要支援1・2 週1回程度の訪問	9,105円	910円
生活支援型 訪問介護費Ⅱ	事業対象者・要支援1・2 週2回程度の訪問	18,200円	1,820円

生活支援型 訪問介護費Ⅲ	要支援 2 週 2 回を超える程度の訪問	2 8, 8 6 8 円	2, 8 8 7 円
生活支援型 訪問介護費Ⅳ	事業対象者・要支援1・2 週 1 回程度の訪問※ 4 回まで/月	2, 0 7 5 円	2 0 7 円
生活支援型 訪問介護費Ⅴ	事業対象者・要支援1・2 週2回程度の訪問※8回まで/月	2, 1 0 7 円	2 1 0 円
生活支援型 訪問介護費Ⅵ	要支援 2 週2回を超える程度の訪問 ※ 1 2 回まで/月	2, 2 2 5 円	2 2 2 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訂されます。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。

(注 2) 上記本文にも記載のとおり、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) 上記の基本利用料金・利用者負担料金は福岡市（地域区分 5 級地 10.7 円を乗じた料金）で計算しています。福岡市以外の利用の場合は、基本利用単価にお住いの地域区分が乗じた金額をご説明いたします。

【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	利用者負担金 (自己負担1割 の場合)
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	2, 1 4 0 円	2 1 4 円
介護職員処遇改善 加算Ⅰ ※	当該加算の算定要件を満たす場合	1月の利用料金の13.7%（基本料金＋各種加算減算）	
介護職員処遇改善 加算Ⅱ ※		1月の利用料金の10.0%（基本料金＋各種加算減算）	
介護職員処遇改善 加算Ⅲ ※		1月の利用料金の5.5%（基本料金＋各種加算減算）	
介護職員処遇改善 加算Ⅳ ※		加算Ⅲの 9 0 %	
介護職員処遇改善 加算Ⅴ ※		加算Ⅲの 8 0 %	
特別地域介護予防 訪問介護加算 ※	当事業所が特別地域に所在する場合	上記基本部分の 1 5 %	
小規模事業所加算※	当事業所が特別地域に所在せず、1 月あたりの実利用者数が 5 人以下の小規模事業所である場合	上記基本部分の 1 0 %	

(注) ※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

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
事業所と同一建物に居住する利用者等へのサービス提供減算	以下のいずれかの利用者にサービスを行う場合 ・事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内の建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。）に居住する利用者 ・事業所と同一の建物に居住する利用者 ・一月当たりの利用者が20人以上居住する建物の利用者	上記基本部分の90%
サービス提供責任者体制の減算	介護職員初任者研修課程修了者（介護職員基礎研修課程修了者等を除く）をサービス提供責任者として配置している場合	上記基本部分の70%

（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、あなた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
利用予定日の前日	利用者負担金の100%の額
利用予定日の当日	利用者負担金の100%の額

（注）利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

（４）支払い方法

上記（１）から（３）までの利用料（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、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、10日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 銀行 支店 普通口座 名義人
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）まで

	に、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 福岡銀行 箱崎支店 普通口座 ２２５７４４６
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

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	名称 氏名 住所 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	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、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）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。

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 ０９２－７１０－７７８５ 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	福岡市東区 福祉・介護保険課	電話番号 ０９２－６４５－１０６９
	福岡市博多区福祉・介護保険課	電話番号 ０９２－４１９－１０８１
	福岡市中央区福祉・介護保険課	電話番号 ０９２－７１８－１１０２
	福岡市南区 福祉・介護保険課	電話番号 ０９２－５５９－５１２５
	福岡市城南区福祉・介護保険課	電話番号 ０９２－８３３－４１０５
	福岡市早良区福祉・介護保険課	電話番号 ０９２－８３３－４３５５
	福岡市西区 福祉・介護保険課	電話番号 ０９２－８９５－７０６６
	福岡県国民健康保険団体連合会	電話番号 ０９２－６４２－７８５９

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) 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。

13. 第三者評価実施の有無について

第三者評価実施	受けていない
実施年月日	なし
実施評価機関	なし
評価内容の開示	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 福岡市東区二又瀬新町 1 2 番 2 4 号
事業法人名 株式会社エンジョイ・ラボ 印
事業所名 介護ラボ
代表者 代表取締役 尹 咲華
説明者職名 _____ 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（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

署名代行者（又は法定代理人）

住 所 _____
氏 名 _____ 印
本人との続柄

立 会 人 住 所 _____
氏 名 _____ 印