

フルール細田ケアセンター運営規程

(事業の目的)

第1条 スミカフルール・ケア株式会社が開設するフルール細田ケアセンター（以下「事業所」という。）が行う指定訪問介護（以下「指定訪問介護」という。）の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護福祉士又は介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者（以下「訪問介護員等」という。）が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問介護等を提供することを目的とする。

(運営の方針)

第2条 事業所の訪問介護員等は、要介護者等の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う

2 事業の実施にあたっては、関係区市町村、地域包括支援センター、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する。

(事業所の名称等)

第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

- 一 名称 フルール細田ケアセンター
- 二 所在地 東京都葛飾区細田一丁目16番9号

(職員の職種、員数及び職務内容)

第4条 事業所に勤務する職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

- 一 管理者 1名
管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う
- 二 サービス提供責任者 1名（内介護福祉士 1名）
サービス提供責任者は、事業所に対する指定訪問介護の利用の申込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、訪問介護計画の作成等を行う。
- 三 訪問介護員等 常勤換算 2.5名以上（サービス提供責任者を含む）
訪問介護員等は、指定訪問介護等の提供にあたる。

(営業日及び営業時間)

第5条 事業所の営業日及び営業時間は、24時間365日とする。

(指定訪問介護等の提供方法、内容及び利用料等)

第6条 指定訪問介護の提供方法及び内容は次のとおりとし、指定訪問介護を提供した場合の利用料の額は、別紙料金表によるものとし、当該指定訪問介護が法定代理受領サービスである時は、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

- 一 身体介護 食事介助、排泄介助、入浴（清拭）介助、着替介助、体位交換、通院介助
- 二 生活援助 食事の支度、洗濯、掃除、買い物、薬の受取

2 次条の通常の事業の実施地域を越えて行う指定訪問介護に要した交通費は、その実額を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収する。

- 一 通常の実施地域を越えて1 kmにつき50円

3 前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者またはその家族に対して事前に文書で説明をした上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名捺印）を受けることとする。

(通常の事業の実施地域)

第7条 通常の事業の実施地域は、葛飾区の区域とする。

(虐待の防止のための措置に関する事項)

第8条 事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じる。

- 一 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に開催するとともに、その結果について、従事者に十分に周知する。
- 二 虐待の防止のための指針を整備する。
- 三 従事者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- 四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

(相談・苦情対応)

第9条 当事業所は、利用者からの相談、苦情等に対する窓口を設置し、指定居宅サービス等に関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速に対応する。

2 当事業所は、前項の苦情の内容等について記録し、その完結の日から2年間保存する。

(事故処理)

第10条 当事業所は、サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに区市町村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡及び報告を行うとともに、必要な措置を講じる。

2 当事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、その完結の日から2年間保存する。

3 当事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行う。

(緊急時等における対応方法)

第11条 訪問介護員等は、訪問介護のサービス提供中に、利用者の病状に急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じる。

2 前項について、しかるべき対応をした場合には、速やかに管理者に報告しなければならない。

(その他運営についての留意事項)

第12条 指定訪問介護事業所は、訪問介護員等の質的向上を図るため、研修の機会を採用時研修として採用後1ヶ月以内に設けものとし、また、業務体制を整備する。

2 従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。

3 従業者であった者に、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、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。

4 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項はスマカフルール・ケア株式会社と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

附 則

この規程は、平成24年10月1日から施行する。

改 定 令和 6年 4月1日

訪問介護 別紙料金表 (令和6年4月1日から)

訪問介護費

法定代理受領の場合は下記金額の1割、2割又は3割
(ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。)

項目	時間	(単位数)	利用料			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
身体介護	20分未満	163	¥1,858	¥186	¥372	¥558
	20分以上30分未満	244	¥2,781	¥279	¥557	¥835
	30分以上1時間未満	387	¥4,411	¥442	¥883	¥1,324
	1時間以上	567	¥6,463	¥647	¥1,293	¥1,939
	1時間を超えて30分を増すごとに	82	¥934	¥94	¥187	¥281
生活援助	20分以上45分未満	179	¥2,040	¥204	¥408	¥612
	45分以上	220	¥2,508	¥251	¥502	¥753

通院等乗降介助 ※届出がある場合に算定	1回につき	97	¥1,105	¥111	¥221	¥332
------------------------	-------	----	--------	------	------	------

- ※ 特定事業所加算 (I) を算定する場合 上記単位数の20%増
- ※ 特定事業所加算 (II) を算定する場合 上記単位数の10%増
- ※ 特定事業所加算 (III) を算定する場合 上記単位数の10%増
- ※ 特定事業所加算 (IV) を算定する場合 上記単位数の 3%増
- ※ 特定事業所加算 (V) を算定する場合 上記単位数の 3%増
- ※ サービス提供責任者配置減算に該当する場合 上記単位数の30%減
- ※ 同一建物に対する減算に該当する場合 上記単位数の10%減
- ※ 夜間 (18:00~22:00) 又は早朝 (6:00~8:00) の場合 上記単位数の25%増し
- ※ 深夜 (22:00~6:00) の場合 上記単位数の50%増し
- ※ 訪問介護員 2名派遣の場合 上記単位数 × 200/100
- ※ 高齢者虐待防止措置未実施減算 上記単位数 × -1/100
- ※ 業務継続計画未策定減算 上記単位数 × -1/100 (令和7年4月1日から適用)

【その他加算】

項目	内容	(単位数)	利用料			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
初回加算	1月につき	+200	¥2,280	¥228	¥456	¥684
緊急時訪問介護加算	1回につき(身体介護について算定)	+100	¥1,140	¥114	¥228	¥342
生活機能向上連携加算 I	1月につき	+100	¥1,140	¥114	¥228	¥342
介護職員処遇改善加算等	1月につき(利用者ごとに、当該月の介護報酬総単位数※について算定) ※基本サービス費+各種加算・減算の単位数					
	要件	処遇改善加算の単位数		利用料 (10割分)		
介護職員処遇改善加算 (I)	キャリアパス要件及び定量的要件をすべて満たす対象事業所	介護報酬総単位数×13.7% ※1単位未満の端数は四捨五入		左の単位数×1単位の単価		
介護職員等処遇改善加算 (I)	キャリアパス要件及び定量的要件をすべて満たす対象事業所	介護報酬総単位数×6.3% ※1単位未満の端数は四捨五入		左の単位数×1単位の単価		
介護職員等ベースアップ等支加算	キャリアパス要件及び定量的要件をすべて満たす対象事業所	介護報酬総単位数×2.4% ※1単位未満の端数は四捨五入		左の単位数×1単位の単価		

注1) 介護職員処遇改善加算については、利用者ごとに、当該月の介護報酬総単位数について算定するものなので、「利用料」欄には具体的な数字は入れず、記載例のとおり記載のこと。

指定訪問介護事業所 「フルール細田 ケアセンター」 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
東京知事指定 第1372205706号

当事業所はご契約者に対して指定訪問介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

◇◆目次◇◆

1. 事業者・・・・・・・・・・・・・・・・・・2
2. 事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・2
3. 職員の体制・・・・・・・・・・・・・・・・2
4. 事業実施地域及び営業時間・・・・・・・・3
5. 当事業所が提供するサービス内容・・・・3
6. 当事業所が提供するサービス料金・・・・3
7. サービス利用に当たっての留意事項・・・・4
8. 苦情受付について・・・・・・・・・・・・5

1. 事業者

- | | |
|-----------|-----------------------------------|
| (1) 法人名 | スミカフルール・ケア株式会社 |
| (2) 法人所在地 | 東京都葛飾区細田一丁目16番9号 |
| (3) 連絡先 | TEL 03-5889-8732 FAX 03-5889-8733 |
| (4) 代表者氏名 | 味戸 吉春 |
| (5) 設立年月 | 平成23年7月20日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-----------------|---|
| (1) 事業の目的 | 「フルール細田 ケアセンター」が行う指定訪問介護の事業の適切な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、ステーションの介護福祉士及び訪問介護員研修の修了者が、要介護状態にある高齢者に対し、適切な指定訪問介護を提供することを目的とする。 |
| (2) 事業所の名称 | 訪問介護事業所 フルール細田 ケアセンター |
| (3) 事業所の所在地 | 東京都葛飾区細田一丁目16番9号 |
| (4) 連絡先 | TEL 03-5889-8732 FAX 03-5889-8733 |
| (5) 事業所長(管理者)氏名 | 平石 太 |
| (6) 事業所の運営方針 | 訪問介護員等は、要介護状態にある高齢者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護、その他日常生活全般にわたる援助を行う。事業の実施にあたっては、関係行政組織、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する。 |
| (7) 開設年月日 | 平成24年10月15日 |

3. 職員の体制

事業所に勤務する職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

- | | | |
|---------------|---------------------------|---|
| (1) 管理者 | 1名 | 管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。 |
| (2) サービス提供責任者 | 1名（内介護福祉士 1名） | サービス提供責任者は、事業所に対する指定訪問介護等の利用の申込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、訪問介護計画の作成等を行う。 |
| (3) 訪問介護員等 | 常勤換算 2.5名以上（サービス提供責任者を含む） | 訪問介護員等は、指定訪問介護等の提供にあたる。 |

4. 事業実施地域及び営業時間

通常の事業の実施地域	葛飾区
営業日	365日
営業時間	24時間

5. 当事業所が提供するサービス内容

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて以下の2つがあります。

(1) 利用料金が介護保険から給付される場合（介護保険の給付の対象となるサービス）
(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合（介護保険の給付の対象とならないサービス）

介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

身体介護	入浴、排泄、食事介助、清拭、衣類着脱、体位交換、通院介助 服薬管理（通院介助の場合、ヘルパーの交通費は利用者の負担となります）
生活支援	調理、洗濯、掃除、買い物、衣類の入れ替え、その他

6. 当事業所が提供するサービス料金

利用料金	介護保険を利用する場合は、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額となります。基本料金＋加算料金×1/10又は1/20＝利用者負担額。但し介護保険の給付限度額を超えた部分にかかるサービスは全額自己負担額となります。詳細は別紙を添付します。
交通費等	利用者が通常の事業実施地域以外の遠隔地におられる場合は交通費の実費をいただく場合があります。該当される方は詳細を説明させていただき納得の上利用していただきます。（通常の実施地域を超えて1kmにつき50円）

※利用者がまだ要介護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一旦お支払いいただきます。要支援又は要介護の認定を受けた後、申請することで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）。

(1) 利用料金のお支払い方法（契約書第8条参照）

- ・前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月分をまとめて請求させていただきます。
- ・方 法：金融機関口座からの自動振替システム。
- ・支払日：当該月の指定日に振替口座より引き落とさせていただきます。

(2) 利用の中止、変更、追加（契約書第9条参照）

利用予定日の前に、ご契約者の都合により、訪問介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を、介護支援専門員の確認の上、追加することができます。

この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出て下さい。

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

利用予定日の前日 17:00 までに申し出があった場合	無料
上記から利用予定日当日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の100% (自己負担相当額)

サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問介護員の稼働状況により契約者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

7. サービス利用にあたっての留意事項

(1) サービス提供を行う訪問介護員

サービスの提供にあたっては、複数の訪問介護員が交代してサービスを提供します。

(2) 訪問介護員の交替（契約書第6条参照）

①ご契約者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、事業者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、ご契約者から特定の訪問介護員の指定はできません。

②事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により、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契約者及びその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ます。

(3) サービス実施時の留意事項

①定められた業務以外の禁止

契約者は「5. 当事業所が提供するサービス内容」で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

②訪問介護サービスの実施に関する指示・命令

訪問介護サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。

但し、事業者は訪問介護サービスの実施にあたって契約者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

③備品等の使用

訪問介護サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所等に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

(4) サービス内容の変更（契約書第10条参照）

サービス利用当日に、ご契約者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。

その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

(5) 訪問介護員の禁止行為（契約書第14条参照）

訪問介護員は、ご契約者に対する訪問介護サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ①医療行為又は医療補助行為
- ②ご契約者もしくはその家族等からの物品等の授受
- ③ご契約者の家族等に対する訪問介護サービスの提供
- ④飲酒及び喫煙
- ⑤ご契約者もしくはその家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑥その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

(6) 事故時の対応（契約書第17条参照）

事業所は、利用者に対する介護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、区への報告を行い、すみやかに必要な処置を講じます。

8. 苦情の受付について（契約書第24条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は全職員が受け付けますが、苦情受け付け窓口も設けてあります。

お客様相談窓口（平日 9:00～18:00）

フルール細田事務所 電話 03-5889-8732

苦情解決責任者／苦情受付担当者：平石 太(サービス提供責任者)

フルール細田事務所 電話 03-5889-8732

苦情解決責任者：石山和道／苦情受付担当者：深堀佐智子

(2) 行政機関、その他苦情受付機関

葛飾区役所 介護保険課	電話	03-3695-1111（代表）
東京都国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	電話	03-6238-0177

指定訪問介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者名 スミカフルール・ケア株式会社

所在地 東京都葛飾区細田一丁目16番9号

説明者氏名 ⑩

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定訪問介護サービスの提供開始に同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住 所

氏 名 _____ ⑩

ご家族、身元引受人

住 所

氏 名 _____ ⑩ (続柄)