

訪問介護
契約書別紙(兼重要事項説明書)

あなた(利用者)に対するサービス提供にあたり、新潟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	社会福祉法人 南魚沼福祉会
主たる事務所の所在地	949-6428 新潟県南魚沼市五郎丸 5 番地 1
代表者(職名・氏名)	理事長
設立年月日	昭和 62 年 7 月 15 日
電話番号	025-775-7525

2. 利用事業所の概要

事業所の名称	つむぎホームヘルプセンター	
サービスの種類	訪問介護	
事業所の所在地	949-6418 新潟県南魚沼市仙石 1 番地18(まいご園内)	
電話番号	025-782-1655(代)	
指定年月日・事業所番号	平成 16 年 4 月 1 日指定	1572400545
管理者の氏名		
通常の事業の実施地域	南魚沼市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護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、居宅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のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 当事業所が提供するサービスの内容

訪問介護は、訪問介護員が利用者のお宅を訪問し、入浴、排せつや食事の介助、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。 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 入浴介助 体位変換 服薬介助 通院等介助
生活介護	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 等

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、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8時30分から午後5時30分まで ただし、上記時間以外の訪問については、利用者と協議の上、可能な範囲で対応します。

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 名(専従 名 兼務 名) 非常勤 名
介護職員初任者研修 修了者	常勤 名 非常勤 名

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	
--------------	--

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、原則として基本利用料の1割(一定以上の所得のある方は2割又は3割)の額です。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		基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担額 (自己負担1割の場合) ※(注2)参照
1回あたりの所要時間			
身体介護 中心型	20分未満	1,670円	167円
	20分以上30分未満	2,500円	250円
	30分以上1時間未満	3,960円	396円
	1時間以上1時間30分未満	5,790円	579円
	1時間30分以上	30分増すごとに840円を加算	30分増すごとに84円を加算
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670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67円を加算
中心型 生活援助	20分以上45分未満	1,830円	183円
	45分以上	2,250円	225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人の訪問介護員がサービス提供した場合は、上記基本料の2倍の額となります。

上記の基本料は、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。

(2) 訪問介護の利用料【加算部分】

以下の条件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

当事業所で算定される加算を中心に記載しています。

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)
夜間・早朝加算 深夜加算	夜間(18時～22時)、早朝(6時から8時)にサービス提供する場合	基本部分の25%	
	深夜(22時～翌朝6時)にサービス提供する場合	基本部分の50%	
特定事業所加算Ⅱ	当該加算の体制要件及び人材要件を満たす場合	基本部分の10%	

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
中山間地域における 小規模事業所加算 ※	事業所の所在地が要件に適合し、1 年間の延べ 訪問回数が 200 回以下の小規模事業所	基本部分の 10%	
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+各種加算減算料金)	
介護職員等特定 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 6.3% (基本料金+各種加算減算料金)	

(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。

《参考》

あなたの契約期間の最初の月に提供するサービス内容及び利用者負担金は、おむね次のとおりです。

サービス 種類	時間	回数	基本料金	事業所 加算Ⅱ	初回 加算	小規模 加算※	処遇改善 加算 I ※	特定処遇改 善加算 I ※	負担額
身体				10%	200 円	10%	13.7%	6.3%	
生活				10%	200 円	10%	13.7%	6.3%	

(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。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前々日	不要
利用予定日の前日	利用者負担金の 50%の額
利用予定日の当日	利用者負担金の 100%の額

(4) 支払い方法

上記(1)～(3)までの利用料(利用者負担分の金額)については、サービスを利用した月ごとにまとめた上で、サービスを利用した月の翌月の 27 日(金融機関が休日の場合は翌営業日)に、利用者の指定する金融機関の口座から引き落とします。

利用者負担金の受領にかかわる領収書等については、支払いを受けた後、送付いたします。

指定口座

金融機関名・支店名		
口座種別・口座番号		
口座名義人		

別紙「口座引き落とし依頼書」をご記入ください。

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、必要な処置を講じます。

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) 連絡先	
	氏名(続柄) 連絡先	

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及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号	025-782-1655 (まいこ園代表)
	担当者	
	面接場所	当事業所相談室等

(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	南魚沼市介護保険課	電話番号 025-773-6675
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

12. 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	年 月 日
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

13. サービス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
- (2) 訪問介護員に対し、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又は当事業所担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	住所	新潟県南魚沼市仙石1番地18	
	事業所名	つむぎホームヘルプセンター	
	代表者職・氏名	施設長	印
	説明者	サービス提供責任者	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	新潟県南魚沼市	
	氏名		印

署名代行者	住所		
	本人との続柄		
	氏名		印

立会人	住所		
	氏名		印