

訪問介護

契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づき、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	株式会社幸せのかぎしっぽ
主たる事務所の所在地	〒488-0086 尾張旭市旭ヶ丘町長洞5860番地6
代表者（職名・氏名）	代表取締役 渡邊 陽子
設立年月日	令和2年12月24日
電話番号	0561-55-3385

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	訪問介護かぎしっぽ	
サービスの種類	訪問介護	
事業所の所在地	〒488-0067 尾張旭市南原山町石原126番地10 ハイツアール101号室	
電話番号	0561-57-6581	
指定年月日・事業所番号	令和3年4月1日指定	2374501993
管理者の氏名	渡邊 陽子	
通常の事業の実施地域	尾張旭市、瀬戸市、名古屋市守山区、長久手市	

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、居宅サービス又は介護予防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. 第三者による評価の実施状況

第三者評価受審の有無	有 ・ (無)
------------	---------

5. 提供するサービスの内容

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触れ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に利用者と共に伴う援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、自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助(日常生活を営む機能を高める観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守りなど)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

6. 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30日から1月3日)及びお盆(8月13日から8月16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、ご利用者のご希望のサービス提供時間についてはご相談下さい。

7. 事業所の職員体制

職	職務の内容	人員数
管理者	従業者及び業務の管理を一元的に行います。	1名 (兼務可能)
サービス提供責任者	介護福祉士の資格を持つ者が、指定訪問介護利用の申し込みに関する調整を行い、訪問介護計画の作成並びに利用者への説明を行い、サービス内容の管理を行います。	1名以上
訪問介護員	介護福祉士・実務研修修了者・初任者研修修了者・ヘルパー1級・ヘルパー2級の資格を持つ者が訪問介護計画に基づき、日常生活に必要な指定訪問介護サービスを提供します。	2.5名以上 (常勤換算)

8. 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	
--------------	--

9. 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割もしくは2割もしくは3割です。

(介護保険負担割合証の利用者負担の割合通り) 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 ※(注2)参照		
			1割	2割	3割
身体介護 中心型	20分未満	1,698円	170円	340円	510円
	20分以上30分未満	2,542円	255円	509円	763円
	30分以上1時間未満	4,032円	404円	807円	1,210円
	1時間以上1時間30分未満	5,908円	591円	1,182円	1,773円
	1時間30分以上	30分増すごとに854円を加算	30分増すごとに86円を加算	30分増すごとに171円を加算	30分増すごとに257円を加算
引き続き「生活援助中心型」を算定する場合		最初の20分は677円を加算 (身体介護の所要時間が20分以上の場合に限る。)	20分68円を加算	20分136円を加算	20分204円を加算
引き続き「生活援助中心型」を算定する場合		20分以上で25分増すごとに677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68円を加算	25分増すごとに136円を加算	25分増すごとに204円を加算
生活援助 中心型	20分未満				
	20分以上45分未満	1,865円	187円	373円	560円
	45分以上	2,292円	230円	459円	688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) 加算額

【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		
			1割	2割	3割
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)	2,084円	209円	417円	626円
生活機能向上連携 加算Ⅰ	訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション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（原則として許可病床数200床以下）の理学療法士等から助言を受けた上、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)	1,042円	105円	209円	313円
生活機能向上連携 加算Ⅱ	サービス提供責任者が訪問リハビリテーション事業所、通所リハビリテーション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（原則として許可病床数200床以下）の理学療法士等に同行し、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)	2,084円	209円	417円	626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)	1,042円	105円	209円	313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%			
	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%			
介護職員等 処遇改善加算Ⅰ※	当該加算の算定要件を満たす場合	上記基本部分と 各種加算減算の合計の24.5%			
介護職員等 処遇改善加算Ⅱ※	当該加算の算定要件を満たす場合	上記基本部分と 各種加算減算の合計の22.4%			
介護職員等 処遇改善加算Ⅲ※	当該加算の算定要件を満たす場合	上記基本部分と 各種加算減算の合計の18.2%			
介護職員等 処遇改善加算Ⅳ※	当該加算の算定要件を満たす場合	上記基本部分と 各種加算減算の合計の14.5%			

(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。

(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、第1号訪問介護（介護予防訪問介護相当）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18時まで	キャンセル料はかかりません

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)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、翌月の10日以降に発行いたします。領収日は、引落し完了日となります。

支払い方法	支払い要件等
現金払い	サービスを利用した月の翌月の25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。
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の26日(土日の場合は直後の月曜日)にご利用者様指定口座より自動引き落としさせていただきます。

10. 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 (家族等)	氏名(利用者との続柄)	_____ ()
	電話番号	_____

11. 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。

12. 災害時の対応

(1) 社会情勢の急激な変化、地震、風水害など著しい社会秩序の混乱などにより、サービスの遂行が難しい場合は、日程、時間の調整をさせて頂くことがあります。

(2) 社会情勢の急激な変化、地震、風水害など著しい社会秩序の混乱などにより、サービスの遂行が遅延、もしくは不能になった場合、それによる損害賠償責任を事業所は負わないものとします。

13. 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 0561-57-6581
---------	-------------------

	面接場所 当事業所の相談室 担当 管理者：渡邊 陽子 サービス提供責任者：藤川美和 受付時間 月～金 午前9時～午後6時 （土日祝祭日・8月13日～16日・12月30日～1月3日を除く） 受付時間外は転送電話、留守番電話にて対応致し、後日速やかに対応します。
--	---

(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	尾張旭市役所 長寿課 庶務係	0561-76-8138	平日8:30～17:15
	名古屋市役所 介護保険課	052-961-1111	平日8:45～17:15
	瀬戸市役所 高齢者福祉課	0561-88-2621	平日8:30～17:15
	長久手市役所 福祉部長寿課	0561-56-0613	平日8:30～17:15
	愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情処理窓口	052-971-4165	平日9:00～17:00

(3) 虐待に関する相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

虐待防止に関する相談窓口	尾張旭市地域包括支援センター	0561-55-0654	平日 8:30～17:15
	名古屋市高齢者虐待相談センター	052-856-9001	平日 9:00～17:00
	瀬戸市役所 高齢者福祉課		
	地域支援係	0561-88-2626	平日 9:00～17:00
	長久手市社会福祉協議会 地域包括支援センター	0561-64-1155	(24 時間受付)

当事業所ではサービスの円滑な継続利用の為、ハラスメント対策への取り組みも行っています。

14. 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。
- (4) サービス提供に関しては、複数の訪問介護員が交替でサービスを提供します。
担当する訪問介護員の変更に関しては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望に添えない場合もあります。
- (5) 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。

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。

法人名 株式会社幸せのかぎしっぽ
代表者名 代表取締役 渡邊 陽子 印
事業所名 訪問介護かぎしっぽ
管理者 渡邊 陽子 印
説明者氏名 _____

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 氏 名 印

署名代行者（又は法定代理人）

本人との続柄

氏 名 印

私は利用者本人の意思を確認の上、本人に代わり上記署名を行いました。

立 会 人 氏 名 印