

# 介護予防訪問介護相当サービス 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、市町村要綱の規定に基づき、当該事業所が利用者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

事業者の名称	社会福祉法人 太陽福祉会		
事業者の所在地	〒955-0864 新潟県三条市曲渕3丁目3番7号		
代表者（職名・氏名）	理事長 内田力	電話番号	0256-36-7560

## 2. ご利用事業所の概要

事業所の名称	ヘルパーステーションサンホーム	指定年月日	平成27年4月1日 (番号：1570400638)
サービスの種類	介護予防訪問介護相当サービス		
所 在 地	〒955-0864 新潟県三条市曲渕3丁目3番7号		
電 話 番 号	0256-36-7560	管理者	廣川 克仁
通常の事業の実施地域	三条市		
営業日	お盆（8月13日～15日）及び年末年始（12月31日～1月3日）を除く毎日 但し利用者の希望に応じてはサービスの提供が可能な体制をとるものとする		
営業時間	8:30～17:30	（サービス提供可能時間 7:00～20:00）	

## 3. 事業所の職員体制

職種	勤務の形態・人数		
	常勤	非常勤	計
介護福祉士	1人	2人	3人
介護職員初任者研修課程修了者		2人	2人

## 4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	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、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、市町村の要綱等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、利用者の要支援状態等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。

## 5. 提供するサービスの内容

介護予防訪問介護相当サービスは、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排せつ、食事等の介助、調理、洗濯や掃除等の家事等、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觸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、体位交換、服薬介助、通院・外出介助等
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、衣服の整理等

あなたのサービス内容、利用日及び利用時間はおおむね次のとおりです。

サービスの内容	利 用 日	利 用 時 間
		: ~ :
		: ~ :
		: ~ :

※介護予防サービス計画の変更により利用状況に変更が生じる場合があります。

## 6. 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等がありましたら、何でもお申し出ください。

サービス提供責任者の氏名	大桃 伸子
連絡先（電話番号）	0256-36-7560

## 7. 利用料

(1) あなたがサービスを利用した場合にお支払いただく「利用者負担金」は、別紙「利用料金表」のとおりです。

(2) 支払い方法

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、発行致します。

<input type="checkbox"/> 口座引き落とし	サービス利用月の翌月20日（休業日の場合、翌営業日）に、お届けのあった口座より引き落とします。手数料は事業所負担とします。
<input type="checkbox"/> 現金支払い	サービスを利用された月の翌月末日までに、現金にてお支払い願います。
<input type="checkbox"/> 銀行振込	サービスを利用された月の翌月末日までに指定金融機関へ振り込み願います。

## 8. サービスの中止

(1) あなたの都合によりサービスの利用を中止（キャンセル）する場合は、すみやかに6のサービス提供責任者の連絡先までご連絡下さい。

(2) あなたの都合によりサービス利用を中止する場合は、次のキャンセル料を支払っていただきます。

キャンセルの時期	キャンセル料	備 考
□サービス利用日の3日前まで	無 料	容態急変の場合等には、いただきません。(早めにご連絡ください。)
□サービス利用日の前日まで	利用者負担金の50%の額	
□サービス利用日の当日	利用者負担金の100%の額	

## 9. 非常災害対策

事業者は、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に関係機関と連携を密にし、とするべき措置についてあらかじめ消防計画を作成し、消防計画に基づき、従業者等の訓練を行ないます。

## 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態の急変、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。

主 治 医	主 治 医 氏 名	
	連 絡 先 (電話番号)	
ご 家 族	氏 名	
	連 絡 先 (電話番号)	

## 11. 虐待防止に関する対応

事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、虐待防止の指針に基づき従業者等に研修を実施して、適切な措置を講じます。

## 12. 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、地域包括支援センター（又は介護支援専門員）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 13. 苦情相談窓口

(1) サービスの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。

窓 口 設 置 場 所	ケアハウスサンホーム内「ヘルパーステーションサンホーム」事務室		
苦 情 解 決 責 任 者	廣 川 克 仁	連 絡 先	0256-36-7560
苦 情 受 付 担 当 者	大 桃 伸 子		

(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	三条市福祉保健部高齢介護課	電話番号 0256-34-5511
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

## 14. 第三者による評価の実施状況等

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			

## 15. 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、金銭の貸借等、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等

(2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供等はお断りします。

(3) 体調や容態の変化等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地域包括支援センター（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者（電話番号：0256-36-7560）へご連絡下さい。

令和 年 月 日

サービスの提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

(事業者) 所在地 新潟県三条市曲渕3丁目3番7号  
社会福祉法人 太陽福祉会  
事業者名 ヘルパーステーションサンホーム  
代表者職・氏名 理事長 内田 力 印  
説明者職・氏名 サービス提供責任者 大桃 伸子 印

事業者よりこの文書の内容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) ご住所  
お名前 印

(代理人) ご住所  
お名前 印  
続柄

(立会人) ご住所  
お名前 印  
続柄

(別紙)

利用料金表

このサービスを利用するにあたってあなたにご負担していただく利用料金は、次のとおりです。

【 基本部分 】

サービスの内容 ※身体介護及び生活援助のみ		基本利用料	利用者負担金 (基本利用料 の1割)
訪問型サービスIV	1週間に1回程度利用した場合（1回につき）※1月の中で全部で4回まで【要支援1・要支援2・事業対象者】	2, 680 円	268円
訪問型サービスV	1週間に2回程度利用した場合（1回につき） ※1月の中で全部で5回から8回まで 【要支援1・要支援2・事業対象者】	2, 720 円	272円
訪問型サービスVI	1週間に2回を超える程度利用した場合（1回につき） ※1月の中で全部で9回から12回まで 【要支援2・事業対象者】	2, 870 円	287円
訪問型短時間 サービス	20分未満の利用をした場合（1回につき） ※1月につき22回まで 【要支援1・要支援2・事業対象者】	1, 670 円	167円
訪問型サービスII ※（注1）	1週間に2回程度利用した場合（1月につき） 【要支援1】	23, 490 円	2, 349 円
訪問型サービスIII ※（注1）	1週間に2回を超える程度利用した場合（1月につき） 【要支援2・事業対象者】	37, 270 円	3, 727 円

（注1）介護予防訪問介護相当サービスの費用については、基本的に1回当たりの金額により算定しますが、1回当たりの金額により算定した1月当たりの基本利用料の合計が、要支援1の方は、23, 490円を超えた場合、要支援2及び事業対象者の方は、37, 270円を超えた場合には、1月当たりの金額で、それぞれ23, 490円、37, 270円となります。

（注2）上記の基本利用料は、市町村が要綱等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、事前に新しい利用料金表を書面でお知らせします。

（注3）介護予防サービス費等の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、基本利用料を超えた額の全額を負担  
いただくこととなりますのでご留意ください。

（注4）一定以上の所得がある方は2割の利用者負担額になる場合があります。

## 【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	1割
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
生活機能向上連携加算	指定介護予防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介護予防訪問リハビリテーションを行なった際にサービス提供責任者が同行し、共同して利用者の心身状況等を評価した上で生活機能向上を目的とした訪問型サービス計画を作成しサービス提供した場合 (1月につき)	1,000円	100円
介護職員処遇改善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)	1月の利用料金の6.3% (基本料金+各種加算減算)
介護職員等特定処遇改善Ⅰ※			
介護職員等ベースアップ等支援加算※			
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算※	中山間地域(=新潟県全域)において <u>通常の事業の実施地域以外</u> に居住する利用者へサービスを提供した場合	上記基本部分の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。

## 【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%