

契約書別紙（兼重要事項説明書）

（訪問介護）

<令和6年6月現在>

1. 事業者（法人）の概要

事業者名	医療法人 三愛会
事業所所在地	〒917-0026 福井県小浜市多田2-2-1
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 中山 真里子
電話番号	0770-56-5588

2. 事業所の概要

事業所名	ふらむはあとヘルパーステーション
サービスの種類	訪問介護
所在地	〒917-0241 福井県小浜市遠敷7丁目301
連絡先	TEL 0770-56-1011 FAX 0770-56-1051
事業所指定番号	1860490034
管理者の氏名	梅原 邦之
第三者評価の実施状況	実施していません。

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. 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、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通院等乗降介助	通院等のため、指定訪問介護事業所の訪問介護員等が、自ら運転する車両への乗車又は降車の介助を行うとともに、併せて、乗車前若しくは降車後の屋内外における移動等の介助又は通院先若しくは外出先での受診等の手続き、移動等の介助を行う

(1) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ①医療行為
- ②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④利用者の同居家族に対するサービス提供
- ⑤利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供（大掃除、庭掃除など）
- ⑥利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑧利用者または家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為
- ⑨身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録すること

(2) 訪問介護計画の作成及び評価等

担当のサービス提供責任者が、居宅サービス計画に基づき、利用者様の直面している課題等を把握し、利用者様の希望を踏まえて、訪問介護計画を作成します。

また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載して利用者様に説明のうえ交付します。

5. 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	小浜市
------------	-----

6. 営業日・営業時間等

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、GW、8月15日及び12月29日から1月3日までを除く。
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供日	月曜日～金曜日 ただし、GW、8月15日及び12月29日から1月3日までを除く。
サービス提供時間	8時30分～17時30分 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、対応可能な体制を整えるものとします。

7. 事業所の職員体制

職種	人員数	職務内容
管理者	1名 (常勤・兼務1名)	<ul style="list-style-type: none"> ①従業者及び業務の管理を、一元的に行います。 ②従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。
サービス提供責任者	2名 (常勤・兼務2名)	<ul style="list-style-type: none"> ①指定訪問介護の利用の申込みに係る調整を行います。 ②訪問介護計画の作成並びに利用者等への説明を行い同意を得ます。利用者へ訪問介護計画を交付します。 ③指定訪問介護の実施状況の把握及び訪問介護計画の変更を行います。 ④訪問介護員等に対する技術指導等のサービスの内容の管理を行います。 ⑤利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握します。 ⑥サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。 ⑦訪問介護員等に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達します。 ⑧訪問介護員等の業務の実施状況を把握します。 ⑨訪問介護員等の能力や希望を踏まえた業務管理を実施します。 ⑩訪問介護員等に対する研修、技術指導等を実施します。 ⑪その他サービス内容の管理について必要な業務を実施します。
訪問介護員	4名 (常勤・専従1名、 常勤・兼務3名 非常勤・専従2名)	<ul style="list-style-type: none"> ①訪問介護計画に基づき、日常生活を営むのに必要な指定訪問介護のサービスを提供します。 ②サービス提供責任者が行う研修、技術指導等を受けることで介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスを提供します。 ③サービス提供後、利用者の心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行います。 ④サービス提供責任者から利用者の状況についての情報伝達を受けます。

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	柿本 ちゆり ・ 岩井 高子
--------------	----------------

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（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 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割負担	2割負担	3割負担
身体介護 中心型	20分未満	1,630円	163円	326円	489円
	20分以上30分未満	2,440円	244円	488円	732円
	30分以上1時間未満	3,870円	387円	774円	1,161円
	1時間以上1時間半未満	5,670円	567円	1,134円	1,701円
	1時間以上	5,670円に所要時間1時間から計算して所要時間30分を増すごとに820円を加算	30分増すごとに 82円を加算 164円を加算 246円を加算		
生活 援助 中心型	20分未満				
	20分以上45分未満	1,790円	179円	358円	537円
	45分以上	2,200円	220円	440円	660円
乗降 介 助 等	一回につき (通院のための乗車または降車)	970円	97円	194円	291円

身体介護に引き続き生活援助を行った場合

	基本利用料	利用者負担金		
		1割負担	2割負担	3割負担
20分以上	650円	65円	130円	195円
45分以上	1,300円	130円	260円	390円
70分以上	1,950円	195円	390円	585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。

(注3) 所要時間が20分から起算して25分を増すごとに+67単位(201単位を限度)

【訪問介護加算項目】

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割負担	2割負担	3割負担
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)	2,000円	200円	400円	600円
緊急時訪問介護加算	利用者やその家族から要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り、ケアマネジャーが必要と認めたときに、サービス提供責任者又はその他の訪問介護員等が居宅サービスにない訪問介護(身体介護)を緊急に行った場合	1,000円	100円	200円	300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%			
特別地域訪問介護加算 ※	当事業所が特別地域に所在する場合	上記基本部分の15%			
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 ※	中山間地域において、 <u>通常の事業実施地域以外</u> に居住する利用者へサービス提供した場合	基本利用料の5%加算			
介護職員処遇改善加算Ⅲ ※	当該加算の算定要件を満たす場合	1月の利用料金の18.2% (基本料金+各種加算減算)			

(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
同一建物居住者に対する訪問減算	事業所と同一建物の利用者(当該建物に居住する利用者数が1月あたり50人未満の場合)又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	上記基本部分の90%
	事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合	上記基本部分の85%

(2) 交通費 : 無料

(3) その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者様の負担となります。

(4) キャンセル料：不要

(5) 利用料等のお支払方法

サービスを利用した月の翌月中旬に請求明細を発行し、同月27日（振替日が土日祝日の場合は翌日）に口座振替を致します。

10. サービス内容に関する苦情等相談窓口

提供したサービス内容等について、相談や苦情を受け付けるための窓口を下表のとおり設置します。

当事業所 相談窓口	窓口責任者 梅原 邦之 受付時間 8:30～17:30 連絡先 電話 0770-56-1011 FAX 0770-56-1051 面接（当事業所 相談室） 苦情箱 受付に設置
小浜市介護保険担当課	受付時間：月曜日～金曜日 9:00～17:00 電話番号：0770-53-1111
福井県国民健康保険団体連合会	受付時間：月曜日～金曜日 9:00～17:00 電話番号：0776-57-1611
福井県運営適正化委員会	受付時間：月曜日～金曜日 9:00～17:00 電話番号：0776-24-2347

11. 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をするなどの必要な措置を講じます。

12. 事故発生時等における対応方法

サービス提供中に事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、速やかに利用者様の緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等、市町村及び福井県に連絡を行います。

13. 個人情報の保護及び秘密の保持について

- (1) 事業所は、利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。
- (2) 事業所が得た利用者及びその家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しません。但し、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報をを用いる場合がありますので、ご了承ください。

14. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 梅原 邦之
-------------	-----------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

15. 記録の整備

事業所は、指定居宅介護支援に関する諸記録を整備し、その記録を居宅サービス計画の完了の日から5年間保存します。

16. サービス利用に当たっての留意事項

サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

また、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）及び被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。

■緊急時等連絡先

緊急時連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	()
	住所	
	電話番号 (携帯電話)	

主治医	病院(診療所)名	
	所在地	
	氏名	
	電話番号	

当事業者はサービスの利用に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、訪問介護のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

説明・交付年月日 : 令和 年 月 日

事業者名 医療法人三愛会
事業所名 ふらむはあとヘルパーステーション
事業所番号 1860490034
事業所所在地 福井県小浜市遠敷7丁目301
代表者名 ふらむはあとヘルパーステーション
管理者 梅原 邦之 ㊞

説明者名 職名 _____
氏名 _____

私は、重要事項説明書に基づいてサービス内容等に係る重要事項の説明を受け、その内容に同意の上、本書面を受領しました。

同意年月日 : 令和 年 月 日

利用者 住所 _____
氏名 _____

(署名・法定) 代理人 住所 _____
氏名 _____