

# 訪 問 介 護

## (契約書別紙兼重要事項説明書)

◎ わたしたち(事業者)の概要は次のとおりです。

事 業 者	社会福祉法人 阿賀野市社会福祉協議会		
事 業 所 名	阿賀野市社協ヘルパーステーションぬくもり	管理者	岩 村 伸 枝
所 在 地	阿賀野市稲荷町11番10号		
県指定年月日	平成18年4月1日（介護保険事業者番号 1572100277）		
電 話 番 号	0250-63-9903		
営 業 日	通年営業（ただし、12月31日～翌年の1月3日までを除く）		
営 業 時 間	午前7時00分～午後8時30分まで		
サービス提供時間	午前7時30分～午後8時00分まで		
ただし、営業日・営業時間・サービス提供時間については、やむを得ない事情による利用希望者があつた場合は、相談させていただきます。			
通常の事業の実施地域		阿賀野市全域	
従 業 者 数	訪問介護員 2、5名以上(内 介護福祉士 名 初任者研修 名 )		

◎ わたしたち(事業者)の目的と運営の方針は次のとおりです。

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、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。

◎ わたしたち(事業者)があなたに提供する訪問介護サービスの概要は次のとおりです。

### 1 提供するサービスの内容

あなたに提供するサービスの内容は、訪問介護です。

「訪問介護」とは、あなたのお宅に伺い、身体介護や家事のお手伝いを行うサービスです。  
具体的には、次にあげる業務をいいます。

#### 【業務の概要】

〔身体介護〕 身体に直接触れて行う介護です。

- ①食事の介護 ②排泄の介護 ③衣服着脱の介護 ④入浴の介護  
⑤身体清拭・洗髪⑥通院等の介助 ⑦その他必要な身体介護

〔生活援助〕 家事に関するお手伝いです。

- ①調理 ②衣類の洗濯・補修 ③住居等の掃除・整理整頓 ④生活必需品の買い物  
⑤その他必要な家事

(ただし、ご利用者以外の家族分の①から④のサービス及び庭等の敷地の清掃は行ないません。また預貯金の引き出しや年金等の受け取りもいたしません。)

## 【業務取り扱い方針】

あなたの心身の状況やご家族の環境を踏まえ、居宅介護支援事業者の作成する「居宅サービス計画」と、私たちの作成する「訪問介護計画」に従い、家庭においてできるだけ自立した生活が送れるよう、訪問介護を提供します。

## 2 利用者負担金

- (1) この訪問介護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料金は原則として次の利用料の1割、2割又は3割の額です。なお、この利用料は、介護保険の法定利用料金に基づく金額であり、これが改正された場合は、この利用料金も自動的に改正されます。その場合には、改正された利用料金を事前に書面でお知らせします。

また、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、利用料の全額をご負担いただきます。

### 〔基本〕

サービス内容 1回あたりの所要時間		基本利用料(1回につき)	利用者負担金 (1割負担の場合)
身体 中心 介護 型	20分未満	1,630 円	163 円
	20分以上30分未満	2,440 円	244 円
	30分以上1時間未満	3,870 円	387 円
	1時間以上1時間30分未満	5,670 円	567 円
	1時間30分以上	30分増すごとに820円 加算	30分増すごとに82円 加算
身体介護中心型に引き続き「生活援助中心型」を算定する場合		25分増すごとに650円を加算 (身体介護の所要時間が20分以上の場合に限る)	
生 活 援 助 型	20分未満		
	20分以上45分未満	1,790 円	179 円
	45分以上	2,200 円	220 円

※「身体介護中心型」及び「生活援助中心型」の提供にあたり、利用者の同意を得て同時に2人の訪問介護員が訪問して訪問介護サービスの提供を行ったときの利用料は、上記利用料の2倍の額になります。

※上記の利用料は、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、上記の利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は事前に新しい利用料を書面でお知らせいたします。

### 〔夜間・早朝加算〕

加算の種類	加 算 の 用 件	加 算 額
夜間・早朝加算	夜間(午後6時～午後10時)または 早朝(午前6時～午前8時)に訪問介護 サービスを提供した場合	利用料の25%の額 ( 1回につき )

### 〔初回加算〕

2,000円 / 月
新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回に実施した訪問介護と同月内にサービス提供責任者が自ら訪問介護を行う場合又は同行訪問する場合

### 〔緊急時訪問介護加算〕

1,000円 / 回
利用者やその家族等からの要請を受けて、24時間以内に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計画にない訪問介護(身体介護)を行った場合

### 〔生活機能向上連携加算(1)〕

1,000円 / 月 (初回から3ヶ月間算定)
サービス提供責任者が、指定訪問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の理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成した場合(1月につき)

### 〔介護職員処遇改善加算〕

加算項目	加算料金	
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1ヶ月の利用料金(基本料金+各種加算減算)×245/1000	いずれかの加算
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	1ヶ月の利用料金(基本料金+各種加算減算)×224/1000	
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	1ヶ月の利用料金(基本料金+各種加算減算)×182/1000	
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	1ヶ月の利用料金(基本料金+各種加算減算)×145/1000	

- (2) 通院介助等においてホームヘルパーに公共交通機関の交通費などが必要な場合、その実費をいただきます。(訪問介護サービスご利用時にその都度ご負担いただきます。)
- (3) 利用者負担について詳しくご確認されたいときは、管理責任者、サービス提供責任者または担当の介護支援専門員までご連絡ください。
- (4) 利用者負担金は、1か月ごとにまとめて請求いたしますので、次の方法によりお支払い願います。
- ① 口座引落 訪問介護サービス利用月の翌月末日までに、指定の口座より引き落としさせていただきます。(別紙口座振替依頼書のとおり)
- ② 現金支払 訪問介護サービスを利用された月の翌月末日までに、現金にてお支払いください。

## 3 訪問介護サービスの中止(キャンセル)等

- (1) あなたが、この訪問介護サービスの利用を中止したい場合は、お手数ですが、事前に次の連絡先までご連絡ください。 **連絡先電話番号 63-9903**
- (2) あなたの都合でこの訪問サービスの利用をキャンセルしても、キャンセル料は頂きません。

## 4 管理者及び担当職員

あなたを担当する 管理責任者 及び サービス提供責任者 は次の者です。

担当職務名	担当者氏名	資格	連絡先
管理責任者	岩村伸枝	介護福祉士	TEL 63-9903
サービス提供責任者	柴澤みさ子	介護福祉士	

※ご相談や苦情、連絡等の際は「阿賀野市社協ヘルパーステーションぬくもり」までご連絡下さい。

## 5 事業所利用の際の留意事項

- (1) あなたがヘルパーの交代を希望する場合は、できる限り対応いたしますので、サービス提供責任者までご連絡ください。
- (2) ヘルパーは次の業務は実施できないので、ご了承ください。
  - ① 医療行為及び医療補助行為
  - ② 年金、預貯金等の金銭の取り扱い
  - ③ 家族の方に対する食事の準備、庭等敷地の草取りなど
- (3) ヘルパーに対し、贈り物、飲食物等の提供はお断りいたします。
- (4) 体調の変化などで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居宅介護支援専門員又は阿賀野市社協ヘルパーステーションの担当者までご連絡ください。

## 6 苦情に関する窓口

- (1) 苦情を受け付ける窓口及び苦情責任者は、次のとおりです。

苦情受付窓口	苦情解決責任者	事業所管理者：岩村伸枝
	苦情受付担当者	サービス提供責任者：柴澤みさ子
	窓口開設日	土日、祝祭日、年末年始（12月29日から1月3日）を除く毎日
	電話番号	63-9903
	窓口開設時間	午前8時30分から午後5時30分まで

- (2) 当事業者に対する苦情は次の機関にも申し立てることができます。

- 阿賀野市福祉課 0250-62-2510（代表）
- 新潟県国民健康保険団体連合会 025-285-3022（直通）

## 7 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	
		結果の表示	1 あり 2 なし
	2 なし		

## 8 緊急時の対応

提供する訪問介護サービスにおいて、日頃より安全には充分注意を払っておりますが、緊急事態が生じた場合、サービス提供中のホームヘルパーは速やかに主治医に連絡し、適切な処置を行います。

主治医に対する連絡が困難である場合には、緊急搬送等の処置を講ずることとします。

利用者の主治医	医療機関名：	
	主治医氏名：	
	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：	携帯番号：

## 9 事故発生時の対応

訪問介護サービス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、担当居宅介護支援専門員又は、地域包括支援センター及び必要に応じ市町村等連絡を行うとともに、必要な措置を講ずることとします。

## 10 虐待防止に関する事項

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置し必要な体制を行うとともに、従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の処置を講じます。

① 利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。

② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催します。

③ 虐待の防止を啓発・普及するための研修を定期的を開催します。

④ 虐待防止に関する責任者                      管理者                      岩村伸枝  
虐待防止に関する窓 口                      サービス提供責任者                      柴 澤 みさ子

サービスの提供に先だって、上記のとおり説明いたしました。

令和      年      月      日

(事業者)      所 在 地      阿賀野市姥ヶ橋669番地

事業者名      社会福祉法人 阿賀野市社会福祉協議会

代表者職・氏名      会 長      圓 山 知      ㊞

説明者職・氏名      ㊞

上記の内容について説明を受け、同意します。また、この文書が契約書別紙(一部)となることについても同意します。

上記契約の証として、本契約書を2通作成し、利用者及び事業者記名押印のうえ、それぞれ1通ずつを保有します。

(利用者)      ご住所      .

お名前      ㊞

利用者の意思を尊重し、代理人として上記の内容について説明を受け、同意します。

また、この文書が契約書別紙(一部)となることについても同意します。

(代理人)      ご住所      .

お名前      ㊞

続 柄      .

電 話      .