

訪問介護（花の器）

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、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	株式会社 ストリーム
主たる事務所の所在地	〒327-0843 佐野市堀米町617番地6
代表者（職名・氏名）	代表取締役 小川 佳子
設立年月日	平成27年 4月 1日
電話番号	0283-23-6000

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	花の器	
サービスの種類	訪問介護・介護予防訪問介護	
事業所の所在地	〒327-0843 佐野市堀米町617番地6	
電話番号	0283-23-6000	
指定年月日・事業所番号	平成27年 4月 1日指定	0970402038
管理者の氏名	小松原 良子	
通常の事業の実施地域	佐野市	

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. 提供するサービスの内容

訪問介護（又は介護予防訪問介護）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(せいしき)、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 通院等のための乗車又は降車の介助	通院や外出のため、訪問介護員等が運転する車両への乗車又は降車の介助とあわせて、乗車前もしくは降車後の屋内外における移動等の介助や、通院先もしくは外出先での受診等の手続きや移動等の介助を行います。 (ただし、介護予防訪問介護については、当該サービスは対象外です。)

5. 営業日時

営業日	月曜日から日曜日まで 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）を除きます。
営業時間	午前9時から午後10時まで 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、24時間対応可能な体制を整えるものとします。

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 4人、 非常勤 6人
介護職員初任者研修課程等 修了者	常勤 0人、 非常勤 14人

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	小松原良子 金子裕美 岡田久美子 野村和子 浅野和美
--------------	-------------------------------

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、介護保険負担割合証に記載された利用者負担の割合の額です。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 （＝基本利用料の１割） ※（注２）参照
身体介護 中心型	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円を加算	30分増すごとに82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
	45分以上	2,200円	220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。

【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
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

生活機能向上連携 加算(Ⅰ)	・訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリ テーションを実施している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床未満のものに限る。) の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師 からの助言(アセスメント・カンファレンス)を受 けることができる体制を構築し、助言を受けた 上で、サービス提供責任者が生活機能の向上 を目的とした訪問介護計画を作成(変更)する こと・当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚 士・医師は、通所リハビリテーション等のサービ ス提供の場において、又はICTを活用した動画 等により、利用者の状態を把握した上で、助言 を行うことを定期的に行うこと (1月につき)	1,000円	100円
生活機能向上連携 加算(Ⅱ)	現行の訪問リハビリテーション・通所リ ハビリテーションの理学療法士・作業療 法士・言語聴覚士が利用者宅を訪問して 行う場合に加えて、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床未満のものに限 る。)の理学療法士・作業療法士・言語 聴覚士・医師が訪問して行う場合(1月につ き)	2,000円	200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)	1,000円	100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%	
特定事業所加算Ⅰ	当該加算の体制要件、人材要件及び重度要 介護者等対応要件を満たす場合	上記基本部分の20%	
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	上記基本部分の10%	
特定事業所加算Ⅲ	当該加算の体制要件及び重度要介護者等対 応要件を満たす場合	上記基本部分の10%	
特定事業所加算Ⅳ	当該加算の体制要件及び重度要介護者等対 応要件を満たす場合	上記基本部分の3%	
介護職員等特定処遇 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4.2%	
介護職員処遇改善 加算Ⅰ ※		上記基本部分と 各種加算減算の合計の13.7%	
介護職員処遇改善 加算Ⅱ ※		上記基本部分と 各種加算減算の合計の10.0%	

介護職員等ベースアップ等支援加算		上記基本部分と 各種加算減算の合計の2.4%
認知症専門ケア加算	・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の50以上 ・ 認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20名未満の場合は1名以上、20名以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、専門的な認知症ケアを実施 ・ 当該事業所の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催 ＜認知症専門ケア加算（Ⅱ）＞ ・ 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施 ・ 介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施又は実施を予定した場合	認知症専門ケア加算（Ⅰ） (1日につき 3単位) 認知症専門ケア加算（Ⅱ） (1日につき 4単位)

(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。

(注1) 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) 交通費

○通常の事業実施地域（佐野市）にお住まいの方は無料です。

○通常の事業実施地域以外にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費をいただくことがあります。

1 通常の事業実施地域から、

片道概ね10キロメートル未満までは300円を上限とします。

2 通常の事業実施地域から、

片道概ね10キロメートル以上は600円を上限とします。

また、交通費の実費分についても上記の実費の範囲内を上限とします。

前項の支払を受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書等で説明した上で、支払に同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けるものとします。

(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、介護予防訪問介護は、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	—
利用予定日の当日	利用者負担金の１０％の額

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

(５) 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、次のいずれか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、利用者負担金の支払いを受けた後、１０日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の２７日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 原則すべての金融機関がご利用になれます。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の２７日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する指定の口座にお振り込みください。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の２７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。

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、必要な措置を講じます。

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(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。

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 ０２８３－２３－６０００ 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(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

栃木県国民健康保険団体連合会

TEL：028-643-2220 FAX：028-643-5411

佐野市介護保険課

TEL：0283-20-3022

１２．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

めご了解ください。

次の3種類のサービスは介護保険の訪問介護サービスとして利用することができません。

1. 利用者への援助ではなく、ご家族のために行う行為やご家族が行うことが適当と判断される行為
2. ホームヘルパーが行わなくても日常生活に支障がない行為
3. 日常的に行われる家事の範囲を超える行為

(注釈)介護保険の対象とならない部分は、全額ご自分の負担で利用していただくことになります。

【利用できないサービスの例】

他の専門職により行われるべき行為（リハビリ・マッサージ・医療行為など）

通所施設への送迎

趣味活動や旅行への同行

銭湯・理美容室等への外出介助

話し相手・茶飲み相手

草むしりや花木の手入れ

ペットの世話

金銭管理

大掃除、床のワックス掛け等

家具・電気器具などの移動・修繕

来客の応接や留守番

救急車への同乗

洗車、家屋の修繕など日常的な家事の範囲をこえるものなど

(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。

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。

事 業 者 所在地 佐野市堀米町 6 1 7 番地 6

事業者 株式会社 ストリーム

代表者職 代表取締役 小川 佳子 印

説明者職・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

氏 名

署名代行者（又は法定代理人）

住 所

本人との続柄

氏 名

立 会 人 住 所

氏 名