

介護保険法に基づく第一号訪問事業

(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6 1 7 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	介護保険法に基づく 第一号訪問事業	
事業所の所在地	〒327-0843 佐野市堀米町6 1 7 番地6	
電話番号	0283-23-6000	
指定年月日・事業所番号	平成29年 4月 1日指定	
管理者の氏名	小川 佳子	
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（又は第一号訪問事業（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

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31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
介護職員実務者研修過程・（准）看護師	常勤 人、 非常勤 1人
介護職員初任者研修課程等 修了者	常勤 0人、 非常勤 13人

令和6年4月 1日現在

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 浅野和美 野村和子
--------------	-------------------------------

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、基本利用料のうち自己負担割合証に記載された割合の額です。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。

日常生活支援総合事業第一号事業の利用料

【基本部分】

サービスの内容 ※身体介護及び生活援助のみ (1月あたり)		基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金 (基本利用料の1割とした場合) ※(注2)参照
介護予防 訪問介護費Ⅰ	1週間に <u>1回程度</u> の介護予防訪問 介護が必要とされた場合	11,760円	1,176円
介護予防 訪問介護費Ⅱ	1週間に <u>2回程度</u> の介護予防訪問 介護が必要とされた場合	23,490円	2,349円
介護予防 訪問介護費Ⅲ	1週間に <u>3回程度以上</u> の介護予防 訪問介護が必要とされた場合 (要支援2の利用者のみ対象)	37,270円	3,727円

(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。

(注3) 月途中の契約開始、契約終了、区分変更、サービス事業所の変更等の場合は日割にて請求いたします。

【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	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	サービス提供責任者が訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等と同行し、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)	(Ⅰ) 1,000円 (Ⅱ) 2,000円	100円 200円
口腔連携強化加算	事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を状況提供した場合に、1月に1回に限り所定単位数を加算する。事業所は利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数表区分番号にC000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受け	500円	50円

	た歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。		
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×国で定める加算率	
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×国で定める加算率	
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×国で定める加算率	
介護職員処遇改善加算Ⅲ ※		加算Ⅱの90%	
介護職員等ベースアップ等支援加算	令和4年10月から（新設）	上記基本部分と各種加算減算の合計の2.4%	

（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。

※高齢者虐待防止措置未実施減算

上記所定単位から 1%を減じます。

（適応要件）

以下の対策等を講じていない場合に減算が適用となります。

虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催と職員への周知

虐待防止のための指針の整備

虐待防止のための研修の定期的な実施

虐待防止のための担当者の配置

（３）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。

(4) 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

1 2. 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。

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

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