

訪 問 介 護

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	社会福祉法人 山口県盲人福祉協会
主たる事務所の所在地	〒750-0032 下関市関西町1番10号
代表者（職名・氏名）	理事長 安田 和正
電 話 番 号	083-231-7114

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ヘルパーセンター山風	
サービスの種類	訪問介護	
事業所の所在地	〒759-6534 下関市大字永田郷440番地3	
電話番号・FAX番号	083-286-7115	083-286-6791
事業所番号	3570101240	
管理者の氏名	津田 綾子	
通常の事業の実施地域	下関市（離島を除く）	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	社会福祉法人 山口県盲人福祉協会が開設するヘルパーセンター山風が行う訪問介護事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態にある高齢者に対し、「人間らしい尊厳ある存在の回復」を目指して適正な訪問介護サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	本事業所の訪問介護員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。事業の実施に当たっては、関係する市町村、地域の保健・医療・福祉サービス等との綿密な連携を図り、総合的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。

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
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	月曜日から金曜日まで ただし、12月29日から1月3日を除く。
営業時間	午前 8時30分から午後 5時00分まで ただし、上記の営業日、営業時間の他、電話等により24時間常時連絡が可能な体制とします。

6. 事業所の職員体制

職種	主な職務内容	人員数
管理者	従業者及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に運営に関する基準を遵守させるために必要な指揮命令を行う。	常勤職員 1名
サービス提供責任者	訪問介護サービス計画の作成の業務のほか、事業所に対する利用の申し込みに係る調整、訪問介護員に対する技術指導、サービスの内容の管理等を行う。	常勤職員 3名
訪問介護員	訪問介護サービス計画に基づき訪問介護サービスの提供に当たる。	常勤・非常勤職員 15名以上

7. 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、原則として利用者の負担割合証に記載のある負担割合に応じた額です。ただし、介護保険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) 訪問介護サービスの利用料

【基本部分】※身体介護及び生活援助

サービス内容 1回あたりの所要時間		基本利用料	利用者負担金 (参考=基本利用料の1割の額)
身体 介 護	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
	引き続き生活援助を行った場合の加算	20分から起算して 25分ごとに650 円を加算	20分から起算して25分 ごとに65円を加算
生活 援 助	20分以上45分未満	1,790円	179円
	45分以上	2,200円	220円

※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の基本利用料も改定され、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面で説明し、同意を得たうえで交付します。

※早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）は25%増し、深夜（午後10時～午前6時）は50%増しとなります。

※やむを得ない事情で、かつ、利用者やその家族の同意を得て2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。

【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	利用者負担金 (参考=基本利用料の1割の額)
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
緊急時対応加算	訪問介護計画等に位置付けられていない訪問介護を利用者又はその家族からの要請を受けてから24時間以内に行った場合	1,000円	100円

(2) その他の費用について

①交通費	利用者の居宅が、通常事業の実施地域以外の場合、運営規定の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。 なお、自動車を使用した場合の交通費は次の額を徴収いたします。 1. 事業所から 片道30キロメートル未満 300円 2. 事業所から 片道30キロメートル以上 500円
②サービス提供に当たり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス水道の費用	利用者の負担となります。

(3) キャンセルについて

サービスのキャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

連絡先	083-286-7115
-----	--------------

(4) 支払い方法

上記(1)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に差し上げます。

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25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。 銀行 支店 普通口座
現金払い	サービスを利用した月の翌月の25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。

8. 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。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 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	

9. 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及び下関市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 損害賠償責任保険

保険会社	あいおいニッセイ同和損保
保険内容	介護保険・社会福祉事業者総合保険

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	窓口担当者	植田 清美
	ご利用時間	平日 午前8時30分～午後5時（12/29～1/3を除く）
	電話番号	083-286-7115
	FAX 番号	083-286-6791
	面接場所	春光苑面会室

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の公共機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	下関市福祉部 介護保険課事業者係	所在地 下関市南部町1番1号新館2階 電話番号 083-231-1371 FAX 番号 083-231-2743 対応時間 平日 8:30～17:15 (祝日、年末年始を除く)
	山口県国民健康保険 団体連合会（国保連）	所在地 山口市朝田1980番地7 国保会館 電話番号 083-925-2003 FAX 番号 083-934-3665 対応時間 平日 9:00～17:00 (祝日、年末年始を除く)

(3) 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施なし

12. 虐待防止に関する事項

(1) 利用者の人権の擁護・虐待防止のため、次の措置を講ずるものとする。

- ① 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- ② 利用者及びその家族からの苦情解決体制の整備
- ③ その他虐待防止のために必要な措置

(2) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報するものとする。

13. 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、金銭の貸借など、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 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、同意を受け、交付しました。

事業者	所在地	下関市関西町1番10号	
	事業者(法人)名	社会福祉法人 山口県盲人福祉協会	
	代表者職・氏名	理事長 安田 和正	印
事業所	所在地	下関市大字永田郷440番地の3	
	事業所名	ヘルパーセンター山風	
	説明者職・氏名	サービス提供責任者 植田 清美	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、交付を受けました。
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		印

署名代行者(又は法定代理人)

住所		
本人との続柄		
氏名		印