

# 【 契約書 別紙 】

## 訪問介護 サービス利用重要事項説明書

( 令和7年 4月 1日 現在 )

### 1. 当事業所の概要

#### (1) 提供できるサービスの種類と地域

事業者名称	ヘルパーステーションあい
所在地	名古屋市北区中味鉦二丁目 207 番地
介護保険指定番号	訪問介護 愛知県 2370302297 号
サービスを提供する対象地域	名古屋市北区・西区・東区・清須市

※ 上記地域以外の方でも、ご希望の場合は、ご相談下さい。

#### (2) 当事業所の職員体制

	常勤	非常勤	計
管理者	1名		1名
サービス提供責任者	4名	0名	4名
訪問介護員	4名	30名	34名
看護師	0名	1名	1名
事務職員	1名	1名	2名

#### (3) 営業時間及びサービス提供時間

営業日	年中無休
営業時間	8 : 30 ~ 17 : 30
サービス提供時間	24時間

### 2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護もしくは要支援状態にある高齢者等に対して、在宅において生活を支援する。
運営の方針	<ol style="list-style-type: none"><li>ご利用者の人格意志を尊重し、基本的に利用者、及びご家族の立場にたったサービスの提供を致します。</li><li>ご利用者、及びご家族様に対して、サービスの内容、及び提供方法について、わかりやすく説明致します。</li><li>客観的な介護技術をもって、サービスを提供致します。</li><li>常に、提供したサービスの質の管理、評価等を行い、そのサポート、フィードバックを致します。</li><li>居宅サービス計画及び介護予防サービス計画に基づいたサービスを提供致します。</li></ol>

### 3. 料金

#### ・訪問介護利用料金

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として、介護報酬の介護保険負担割合証の負担割合分です。但し、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は、全額自己負担になります。

#### ◎特定事業加算

定められた特定の要件に適合した場合に利用料に上乘せされます。

- |  |       |
|--|-------|
| (I) 体制要件、人材要件、重度要介護者等対応要件すべてにおいて適合する場合 | 20%増し |
| (II) 体制要件、人材要件に適合する場合                  | 10%増し |
| (III) 体制要件、重度要介護者対応要件に適合する場合           | 10%増し |
| (IV) 体制要件、人材要件に適合する場合                  | 3%増し  |
| (V) 体制要件、人材要件に適合する場合                   | 3%増し  |

#### ●身体介護

ご利用者の身体に直接接触して行う介助、並びにこれを行う為の準備、後始末。

20分未満	20以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満	30分増す毎に
198円	297円	471円	690円	100円

#### ●生活援助

買い物・調理・掃除・洗濯など身の回りの支援。

20分以上	45分以上
218円	268円

#### ●身体介護に続きの生活援助

買い物・調理・掃除・洗濯など身の回りの支援。

20分以上	45分以上	70分以上
80円	160円	239円

※上記の利用料金は、1割負担分の金額を提示しております。介護保険負担割合証に定められた負担割合分が利用料金となります。

※以下の事情に該当し、且つ利用者、及びご家族様の同意を得て、訪問介護職員が2人で訪問派遣した場合は、2倍の料金になります。

- ① 体重の重い利用者に対する入浴介助等の重介護のサービス
- ② 暴力行為等がみられる利用者に対するサービス
- ③ その他利用者の状況等から適当と認められるサービス
 

夜間 午後6時～午後10時	} 上記料金の25%増
早朝 午前6時～午前8時	
深夜 午後10時～午前6時・・・	上記料金の50%増

#### ●緊急時訪問介護加算 100単位・・・1回の訪問につき111円加算

- ・利用者やその家族等からの要請を受けて、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またはその他の訪問介護

員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。

●初回加算 200 単位・・・1ヶ月につき221円加算

- ・新規に訪問介護計画書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、または、他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合。
- ・過去2か月に当該訪問介護事業所を利用していなかった場合（入院での休止等）。

●口腔連携強化加算 50 単位・・・1ヶ月につき55円加算

- ・当事業所の従業者が、利用者の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(歯科診療報酬点数表の区分番号 C0000 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た歯科衛生士)及び担当職員、介護支援専門員に対し、当該評価の結果の情報提供を行ったときに、1 月に 1 回に限り算定できる加算です。
- ・歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に相談できる体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。

●介護職員処遇改善加算 I 1 ヶ月の総単位の 24.5%

- ・介護職員処遇改善加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。

1 ヶ月の利用された総単位数の 24.5%に地域単価 11.05 をかけた介護保険負担割合証の負担割合分が利用料金として負担となります。

●同一建物内減算

- ・当該指定訪問介護事業所の所在する建物と同一の建物（サービス付き高齢者向け住宅七福）に居住する者のうち、当該建物に住する利用者の人数が1月あたり 50 人未満の場合、所定単位数の 100 分の 90 に相当する単位数を算定する。
- ・当該指定訪問介護事業所の所在する建物と同一の建物（サービス付き高齢者向け住宅七福）に居住する者のうち、当該建物に住する利用者の人数が1月あたり 50 人以上の場合、所定単位数の 100 分の 85 に相当する単位数を算定する。

●生活機能向上連携加算（I）（II）

下記の要件を満たした場合、相当の単位数を算定します。

(1) 生活機能向上連携加算（I）

- ・訪問リハ、通所リハ、リハを行う医療機関の理学療法士・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、機能訓練指導員等が生活機能の向上を目的とした個別機能訓練計画を作成等すること
- ・理学療法士等や医師は、通所リハ等のサービス提供の場または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

生活機能向上連携加算（I）100単位/月・・・ 107円(1割負担)

(2) 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

生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200 単位/月 …… 214円(1割負担)

●認知症専門ケア加算(Ⅰ)(Ⅱ)

下記の要件を満たした場合、相当の単位数を算定します。

(1) 認知症専門ケア加算(Ⅰ)

- ・ 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、以下のように配置し、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また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(Ⅰ) 3 単位/日 …… 4円(1割負担)

(2) 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、実施または実施を予定

認知症専門ケア加算(Ⅱ) 4 単位/日 …… 5円(1割負担)

●交通費

サービスを提供する対象地域に居住される方は、無料です。

それ以外の地域の方は、全額自己負担になり、サービスを提供する地域を超えてから、実走行距離1キロメートルあたり、50円を頂きます。

●その他

① サービスを提供する為に使用する水道、ガス、電気の費用は、ご利用者様の自己負担になります。

② 調理等にかかる食材料実費等は、ご利用者の自己負担になります。

<キャンセル料>

① サービス開始時間の30分前までにご連絡頂いた場合・・・無料

② 30分前より訪問までにご連絡頂いた場合は、介護報酬の10パーセントを、キャンセル料として頂きます。

③ ご連絡が無い場合は、介護報酬の100パーセントをキャンセル料として頂きます。

●自費サービス

<まごころサービス>

日常生活を営む上で必要でありながら、介護保険の対象となっていないサービス

10分 400円

## ●支払い方法

お支払方法は、預金口座振替とさせていただきます。

毎月15日までに前月分の請求書を発行しますので、20日（金融機関が休日の場合は、翌日）までにお支払いください。

### ※＜預金口座振替制度について＞

#### ①ご利用いただける金融機関

都市銀行、地方銀行、第二地方銀行、信託銀行、信用金庫、労働金庫、農業協同組合（一部を除く）、信用組合（一部を除く）、ゆうちょ銀行（郵便局）

#### ②預金通帳等への印字

「DF.           」と表示されます。

（但し、一部金融機関で「ミツビシUF Jフアクター」または「ミツビシUF Jフア」等と表示されます。）

## 4. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込み下さい。当事業所の職員がお伺い致します。

訪問介護計画と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

### (2) サービスの終了

#### ①ご利用者のご都合で、サービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出下さい。

#### ②当事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等、やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させて頂く場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに、文書で通知致します。

#### ③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了致します。

- ・ご利用者が、介護保険施設等に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護度認定区分が、非該当（自立）と認定された場合

※この場合、条件を変更して、再度契約をすることができます。

- ・利用者がお亡くなりになられた場合

#### ④その他

- ・当事業者が正当な理由がなく、サービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者やご家族様に対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、ご利用者は、文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終わることができます。
- ・ご利用者が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう、催告したにもかかわらず、10日以内に支払わない場合、ご利用者が正当な理由なく、サービスの中止をしばしば繰り返した場合、ご利用者が入院、もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたって、サービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、またはご利用者やご家族等が当事業所や当事業所のサービス従事者に対して、本契約を継続し難い程の背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させて頂く場

合がございました。

## 5. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急病院、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を致します。

ヘルパーステーションあい 電話 (052) 903-0722 (24時間可能)

主治医	名称 ( 医師名 )	( )
	所在地	
	電話番号	
	救急対応の有無	あり・なし
協力総合医療機関	名称	
	所在地	
	電話番号	
	診察科	
緊急連絡先	①氏名 ( 続柄 )	( )
	住所	
	電話番号	
	②氏名 ( 続柄 )	( )
	住所	
	電話番号	

## 6. サービス内容に関する苦情

### ①当事業所 ご利用者相談・苦情担当

お客様係 浮田 寿生 佐藤 亜衣 受付時間：午前8時30分～午後5時30分  
電話 (052) 903-0722 FAX (052) 903-0723

### ②苦情解決第三者委員会 佐藤 望 岡寄 律子

### ③その他

当事業所以外に、市町村等の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

市町村等の相談・苦情窓口

- ・名古屋市役所介護保険課 電話 (052) 959-3087
- ・愛知県国民健康保険団体 介護保険室 電話 (052) 962-1308

## 7. 当法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 愛生福祉会  
本部所在地 愛知県名古屋市北区鳩岡町1丁目7番地20  
代表者職・氏名 理事長 増井 香織  
定款の目的に定めた事業 1. 指定介護老人福祉施設事業 8カ所

2. 地域密着型介護老人福祉事業	2カ所
3. 軽費老人ホーム	1カ所
4. 軽費老人ホームケアハウス	1カ所
5. 短期入所生活介護事業	10カ所
6. 高齢者自立支援短期宿泊事業	1カ所
7. 通所介護事業	9カ所
8. 認知症対応型共同生活介護事業	3カ所
9. 訪問介護事業	3カ所
10. 訪問入浴介護事業	1カ所
11. 指定居宅介護支援事業	4カ所
12. 配食サービス	1カ所
13. 生活援助員派遣事業	1カ所
14. 事業所内託児所	3カ所
15. 養護老人ホーム	1カ所
16. サービス付き高齢者住宅	1カ所
17. 介護員養成研修事業	1カ所
18. 調剤薬局	1カ所
19. 診療所	1カ所
20. 訪問看護事業	1カ所

訪問介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して、契約書、及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

所在地 名古屋市北区中味鉦二丁目207番地

名称 ヘルパーステーションあい

管理者 澤村 絹代 印

説明者 印

私は、契約書、及び本書面により、事業者から訪問介護サービスについての重要事項の説明を受け、了承しました。

利用者 住所

氏名 印

代理人 住所

氏名 印

続柄