

訪問介護・介護予防訪問介護相当サービス

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	アンビシャス株式会社
主たる事務所の所在地	〒956-0862 新潟市秋葉区新町1丁目5番18号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 清水 靖
設立年月日	平成25年2月26日
電話番号	0250-25-7640

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	訪問介護事業所 メディクオール秋葉
サービスの種類	訪問介護・介護予防訪問介護相当サービス
事業所の所在地	〒956-0862 新潟市秋葉区新町1丁目5番18号
電話番号	0250-25-7640
指定年月日・事業所番号	令和元年6月1日・1570114890
管理者の氏名	小柴 裕
通常の事業の実施地域	新潟市全域

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護（又は要支援や事業対象者）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、訪問介護サービス又は介護予防訪問介護相当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、体位変換、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～日曜日
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで 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1人、非常勤18人
実務者研修	常勤0人、非常勤1人

初任者研修	常勤 0 人、非常勤 3 人
看護師	常勤 0 人、非常勤 1 人
旧ホームヘルパー 2 級	常勤 0 人、非常勤 8 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	清水 靖 高森 さゆり
--------------	----------------

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、原則として基本利用料の 1 割（一定以上の所得のある方は 2 割又は 3 割）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		
			（法定代理受領分）		（法定代理受領分以外）
			1 割の場合 ※（注 2）参照	（2 割の場合） ＜3 割の場合＞ ※（注 2）参照	
身体介護 中心型	2 0 分未満	1, 6 6 4 円	1 6 7 円	（333 円） ＜500 円＞	1, 664 円
	2 0 分以上 3 0 分未満	2, 4 9 1 円	2 5 0 円	（499 円） ＜748 円＞	2, 491 円

	30分以上1時間未満	3,951円	396円	(791円) <1,186円>	3,951円
	1時間以上1時間30分未満	5,789円	579円	(1,158円) <1,737円>	5,789円
	1時間30分以上	30分増すごとに 837円を加算	84円	(168円) <252円>	837円
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 663円を加算 (身体介護の所要時間が20分以上の場合に限る。)	67円	(133円) <199円>	663円
生活援助中心型	20分未満				
	20分以上45分未満	1,827円	183円	(366円) <549円>	1,827円
	45分以上	2,247円	225円	(450円) <675円>	2,247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		
			(法定代理受領分)		(法定代理受領分以外)
			1割の場合	(2割の場合) <3割の場合>	

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)	2,042円	205円	(409円) <613円>	2,042円
夜間・早朝加算	夜間(18時～22時)又は早朝(6～8時)にサービス提供する場合	上記基本部分の25%			
深夜加算	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 (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%			
介護職員等処遇改善加算(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22.4%			
2人対応	2人の介護職員等の場合	上記基本部分の200%			

(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。

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
事業所と同一建物に居住する利用者等へのサービス提供減算	事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物に居住する利用者またはこれ以外の1月当たりの利用者が20人以上居住する建物に居住する利用者サービスを行った場合(1回につき)	上記基本部分の10%
	事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物に居住する利用者またはこれ以外の1月当たりの利用者が50人以上居住する建物に居住する利用者サービスを行った場合(1回につき)	上記基本部分の15%
	同一の建物等に居住する利用者の割合が100分の90を超えている場合(1回につき)	上記基本部分の12%

高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生、その再発防止に向けた措置が講じられていない場合、所定単位数の1%を減算
業務継続計画未策定減算	業務継続計画の策定をしていない場合 所定単位数の1%を減算

(2) 介護予防訪問介護相当サービスの利用料

【基本部分】R7年4月～

サービスの種類 対象者・ サービスの内容			基本利用料	利用者負担金		
				(法定代理受領分)		(法定代理受領分以外)
				1割の場合 ※(注2)参照	(2割の場合) 〈3割の場合〉 ※(注2)参照	
介護予防訪問介護相当サービス	訪問型独自サービス費11	週1回程度(月額)	12,006円	1,201円	(2,402円) 〈3,602円〉	12,006円
	訪問型独自サービス費12	週2回程度(月額)	23,983円	2,399円	(4,797円) 〈7,195円〉	23,983円
	訪問型独自サービス13	週2回超(月額)	38,052円	3,806円	(7,611円) 〈11,416円〉	38,052円
	訪問型独自サービス費21	標準的な内容の指定介護予防訪問介護相当サービスの場 合(1回毎)	2,930円	293円	(586円) 〈879円〉	2,930円
	訪問型独自サービス費22	生活援助中心20分以上 45分未満(1回毎)	1,827円	183円	(366円) 〈549円〉	1,827円
	訪問型独自サービス費23	生活援助中心45分以上 (1回毎)	2,246円	225円	(450円) 〈675円〉	2,246円

(注1) 上記の基本利用料は、新潟市が要綱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		
			(法定代理受領分)		(法定代理受領分以外)
			1割の場合	(2割の場合) <3割の場合>	
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	2,042円	205円	(409円) <613円>	2,042円
介護職員等処遇改善加算(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22.4%			

(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。

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
事業所と同一建物に居住する利用者等へのサービス提供減算	事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物に居住する利用者またはこれ以外の1月当たりの利用者が20人以上居住する建物に居住する利用者サービスを行った場合(1回につき)	上記基本部分の10%
	事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一の建物に居住する利用者またはこれ以外の1月当たりの利用者が50人以上居住する建物に居住する利用者サービスを行った場合(1回につき)	上記基本部分の15%
	同一の建物等に居住する利用者の割合が100分の90を超えている場合(1回につき)	上記基本部分の12%

高齢者虐待防止未実施減算	虐待の発生、その再発防止に向けた措置が講じられていない場合、上記基本単位数より所定単位数が減算される。
業務継続計画未策定減算	業務継続計画の策定をしていない場合、上記基本単位数より所定単位数が減算される。

(3) 支払い方法

上記（１）から（２）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、３０日以内に差し上げます。

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２０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
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の２０日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 アンビシャス株式会社 代表取締役 清水 靖 第四北越銀行 新津支店 普通口座５０３２６３３
現金払い	サービスを利用した月の翌月の２０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。

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	

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、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0250-25-7640
	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	新潟市福祉部介護保険課	電話番号 025-226-1273
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

12. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

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	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

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。

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 新潟市秋葉区新町1丁目5番18号

事業者（法人）名 アンビシャス株式会社

代表者職・氏名 代表取締役 清水 靖 印

説明者職・氏名 サービス提供責任者 高森 さゆり 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 印

署名代行者（又は法定代理人）

住 所

本人との続柄

氏 名 印

立 会 人 住 所

氏 名 印