

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（訪問型サービスA）
契約書別紙（兼重要事項説明書）

（ヘルパーステーションいちばた）

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（訪問型サービスA）契約書別紙（兼重要事項説明書）

（令和6年9月1日現在）

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	一畑電気鉄道株式会社
主たる事務所の所在地	〒690-0874 松江府松江市中原町49
代表者（職名・氏名）	代表取締役社長 足達明彦
設立年月日	明治45年4月6日
電話番号	0852-26-1313

2.ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ヘルパーステーションいちばた
サービスの種類	第1号訪問事業（訪問型サービスA）
事業所の所在地	〒690-0874 松江府松江市中原町38-4
電話番号	0852-21-5212
指定年月日・事業所番号	平成31年4月1日・3270104049
管理者の氏名	宅野賢治
通常の事業の実施地域	松江市

3.事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、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、第1号訪問事業（訪問型サービスA）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、利用者が要支援状態となることの予防、要支援状態の維持若しくは改善又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

第1号事業（訪問型サービスA）は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、洗濯、掃除や食事の準備等の家事など、日常生活上の世話をを行うサービスです。

具体的には、以下のとおりです。

生活援助	日常生活を営むのに必要な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) 洗濯、掃除、衣類の整理、調理、買い物、薬の受け取りなど
------	--

5.営業日時

営業日	365日（年中無休）
営業時間	24時間

6.事業所の職員体制

訪問介護員の職種	勤務形態・人数	
介護福祉士	常勤 8名	非常勤 2名
介護職員実務者研修修了者	常勤 1名	非常勤 0名
介護職員初任者研修修了者等	常勤 0名	非常勤 1名

7.管理者およびサービス提供責任者

事業所の管理者及びサービス提供責任者は下記のとおりです。

サービスご利用にあたって、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。

管理者	宅野 賢治
サービス提供責任者	石本 直子

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、原則として負担割合証に記載のとおり、基本利用料の1割又は2割もしくは3割の額です。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10割をご負担いただきます。

(1) 第1号事業（訪問型サービスA）の利用料

【基本部分】

サービス名称	サービスの内容	基本利用料	利用者負担		
			1割	2割	3割
訪問型サービス（独自）Ⅳ（日割）	週1回程度のサービスが必要とされる場合	10,610円	1,061円	2,122円	3,183円
訪問型サービス（独自）Ⅰ（1月につき） ※週の利用回数が1回を超えた場合		340円	34円	68円	102円
訪問型サービス（独自）Ⅴ（日割）	週2回程度のサービスが必要とされる場合	21,180円	2,118円	4,236円	6,354円

訪問型サービス（独自）Ⅱ（1月につき） ※週の利用回数が2回を超えた場合		690円	69円	138円	207円
訪問型サービス（独自）Ⅵ（日割）	週2回を超える程度のサービスが必要とされる場合	33,620円	3,362円	6,724円	10,086円
訪問型サービス（独自）Ⅲ（1月につき） ※週の利用回数が3回を超えた場合		1,100円	110円	220円	330円

上記の基本利用料は、松江市介護予防・日常生活総合支援事業第1号支給費の額等を定める要領で定める金額であり、その金額が改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。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。

【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		
			1割	2割	3割
初回加算	新規に個別サービス計画を作成した利用者に対してサービス提供責任者が初回にサービスを提供した場合等	2,000円	200円	400円	600円
生活機能向上連携加算 （Ⅰ）	サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業書の理学療法士等の助言に基づき、生活機能向上を目的とした個別サービス計画を作成し、サービス提供した場合	1,000円	100円	200円	300円
生活機能向上連携加算 （Ⅱ）	サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等に同行し、共同して利用者の身体の状況等を評価した上で、生活機能向上を目的とした個別サービス計画を作成し、理学療法士等と連携してサービス提供した場合	2,000円	200円	400円	600円
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※	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 13.7%
介護職員処遇改善加算Ⅲ※		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Ⅳ※		介護職員処遇改善加算Ⅲの 90%
介護職員処遇改善加算Ⅴ※		介護職員処遇改善加算Ⅲの 90%
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ※		上記基本部分と各種加算・減算の合計の 6.3%
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ※		上記基本部分と各種加算・減算の合計の 4.2%

(注 1) ※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 2) 特に記載のない項目については、1 月につき加算される金額です。

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の料金が算定されます。

減算の種類	減算の要件	減算額
同一建物減算	事業所と同一建物内に居住する利用者又は 1 月当たりの利用者が同一の建物に 20 人以上居住する建物の利用者にサービスを行う場合	上記基本部分の 90%

(2) 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。

キャンセルの時期	支払い要件等
利用予定日の前日の 17 時までにご連絡をいただいた場合	不要
利用予定日の前日の 17 時までにご連絡がなかった場合	500 円

(3) 支払い方法

上記 (1) 及び (2) の利用料 (利用者負担分の金額) は、1 か月ごとにまとめて請求します。支払い方法は、毎月月末締めとし、翌月までに当月分の料金を請求いたしますので、事業者指定の期日までにお支払いください。お支払方法は金融機関からの引き落としとさせていただきます。

9.緊急時における対応方法

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、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

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、担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）及び松江市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 0852-21-5212 面接場所 当事業所の相談室 苦情受付時間 事業所の営業日及び営業時間に同じ
---------	---

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、あらかじめご了承ください。

- ①医療行為及び医療補助行為
- ②身体に直接触れて行う介護
- ③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
- ④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地域包括支援センター（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

13.業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生時において、サービス提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための業務継続計画（BCP）を策定し、計画に従い必要な措置を講じます。

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	島根県松江市中原町 49 番地	
	事業者名	一畑電気鉄道株式会社	
	代表者名	代表取締役社長	
		足達 明彦	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

連帯保証人	住所		
	本人との続柄		
	氏名		印