

**訪問介護・介護予防訪問介護  
ヘルパーステーション ソレイユ  
契約書(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、厚生労働省令の規定に基づき、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. 当法人の概要**

法人の名称	医療法人 弘仁会
主たる事務所の所在地	〒780-8040 高知市神田660-7
代表者（職名・氏名）	理事長 岡林 敏彦

**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 ソレイユ	
サービスの種類	訪問介護・介護予防訪問介護	
事業所の所在地	〒780-8036 高知市東城山町163-1	
電話番号	088-837-0373	
指定年月日・事業所番号	平成12年4月1日指定	第3970100479号
管理者の氏名	野中 美雪	
通常の事業の実施地域	高知市	

**3. 事業の目的と運営の方針**

事業の目的	要支援・要介護状態の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、身体介護その他の生活全般にわたる援助を提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の病状及び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

訪問介護(又は、介護予防訪問介護)は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排泄や食事等の介助、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世話を行うことです。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や意欲を高めるために利用者と共にを行う援助や専門的な援助を行います。 例) 食事介助、身体整容、点眼、服薬介助、水分補給、衣類交換、更衣介助、排泄介助、清拭(せいしき)、入浴介助、体位交換、通院・外出介助、自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助(日常生活を営む機能を高める観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守りなど)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、ゴミ処理、洗濯、掃除、ベットメイク、シーツ交換、布団干し 買い物代行、薬の受取り、衣服の整理など

#### 5. 営業日時

日曜、及び年末年始(12月31日～1月3日)は休業します。

平日	午前8時30分～午後5時30分
土曜日	午前8時30分～午後0時30分

#### 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 2人、 非常勤 人
介護職員初任者研修 修了者	常勤 1人、 非常勤 人
訪問介護員養成研修1級課程 修了者	常勤 人、 非常勤 人
訪問介護員養成研修2級課程 修了者	常勤 人、 非常勤 1人

#### 7. サービス提供の責任者

事業所のサービス提供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	野中 美雪 大原 正美
--------------	----------------

#### 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割又は、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】

( ) 同一建物利用者のみ対象

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 (=基本利用料の1割の場合) ※(注2)参照
身体介護 中心型	20分未満	1,630円(1,470円)	163円(147円)
	20分以上30分未満	2,440円(2,200円)	244円(220円)
	30分以上1時間未満	3,870円(3,480円)	387円(348円)
	1時間以上1時間30分未満	5,670円(5,210円)	567円(521円)
	1時間30分以上	30分増すごとに820円を加算 (740円)	30分増すごとに82円を加算 (74円)
身体介護(20分未満を除く)に引き続き 「生活援助中心型」を算定する場合		20分以上45分未満 670円を加算 45分以上70分未満 1,340円を加算 70分以上 2,010円を加算	20分以上45分未満 67円を加算 45分以上70分未満 134円を加算 70分以上 201円を加算
生活援助 中心型	20分未満		
	20分以上45分未満	1,790円(1,610円)	179円(161円)
	45分以上	2,200円(1,980円)	220円(198円)

(注1) 「身体介護中心型」及び「生活援助中心型」において、身体的な理由により1人介助が困難な場合は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。

(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、超えた額的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 (1割の場合)
初回加算	○新規計画を作成した利用者に、初回訪問介護実施月内に、サービス提供責任者自身が訪問介護又は同行訪問をした場合 ○過去2月に訪問介護の提供を受けていない場合可 ○要支援⇔要介護の間で区分変更の場合可	2,000円	200円
生活機能向上連携 加算(I)	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)	1,000円	100円
緊急時訪問 介護加算	利用者や家族等からの要請を受け、ケアマネが必要と認めた居宅サービス計画にない訪問介護(身体介護中心に限る)を利用者又は家族から要請を受けて24時間以内に行った場合(1回につき)	1,000円	100円

訪問介護 処遇改善加算(Ⅲ)※ (R6年6月以降)	当該加算の算定要件を満たす場合	所定単位数の18.2%
---------------------------------	-----------------	-------------

(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
同一建物減算	当事業所と同一建物等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提供する場合	上記基本部分の90%
サービス提供責任者体制の減算	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合	上記基本部分の70%

**(2) 訪問型サービスの利用料**

**【基本部分】**

( ) 同一建物利用者のみ対象

サービスの内容 ※身体介護及び生活援助 (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割の場合) ※(注2)参照
訪問型サービス(独自) Ⅰ	週1回程度のサービスが必要とされた場合(事業対象者・要支援1・2)	11,760円 (10,580円)
訪問型サービス(独自) Ⅱ	週2回程度のサービスが必要とされた場合(事業対象者・要支援1・2)	23,490円 (21,140円)
訪問型サービス(独自) Ⅲ	週2回を超える程度のサービスが必要とされた場合(事業対象者・要支援2の利用者のみ対象)	37,270円 (33,540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。

**【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 (1割の場合)
初回加算	○新規計画を作成した利用者、初回訪問介護実施月内に、サービス提供責任者自身が訪問介護又は同行訪問をした場合 ○過去2月に訪問介護の提供を受けていない場合可 ○要支援⇔要介護の間で区分変更の場合可	2,000円	200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所の理学療法士等に同行し、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介護予防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)	1,000円	100円
介護職員処遇改善 加算Ⅲ ※	当該加算の算定要件を満たす場合	所定単位数の18.2%	

(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
同一建物減算	当事業所と同一敷地内または隣接する敷地内に所在する建物に住居する者の利用者にサービス提供する場合(1月あたり49名以下)	上記基本部分の90%
サービス提供責任者 体制の減算	介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者を配置している場合	上記基本部分の70%

### (3) キャンセル料

原則として不要ですが、緊急やむを得ない場合を除き、前日までにご連絡ください。

### (4) 支払い方法

- 上記、利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて利用月の翌月26日にあなたの指定する口座より自動引き落としいたします。
- 上記、利用料(利用者負担分の金額)は、1ヵ月ごとにまとめて利用月の翌月26日までに、現金でお支払いください。

## 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(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。

## 10. 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 088-837-0373	担当者 野中 美雪
	対応時間 午前8時30分から午後5時30分	

(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	高知市健康福祉部介護保険課	電話番号 088-823-9971
	高知県国民健康保険団体連合会	電話番号 088-820-8409

## 11. 個人情報の取扱いについて

事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を契

約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。又、利用者或いはその家族の個人情報を用いる場合は利用者及びその家族の同意を得ない限り、担当者会議、支援介護専門員と事業者との連絡調整で個人情報を用いませぬ。

## 1 2. 提供するサービスの第三者評価の実施の有無について ※ 無

## 1 3. 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 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 直接本人の援助に該当しない行為（家族の方に対する食事の準備 など）
  - ④ 日常生活の援助に該当しない行為（玄関の掃除、ガラス拭き、草むしり 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。
- (4) 災害などにより、止むを得ずサービスをキャンセルしていただく場合がございます。
- (5) 訪問介護サービスは、独居の方を対象（一部除く）としております。  
ご家族様が帰省等で戻られた場合、キャンセルの対象となりますのでご理解・ご了承いただきますようお願いいたします。
- (6) 当職員に対しての、ハラスメント行為等が見られた場合は、ご利用中止と成りかねない為あらかじめ、ご了承ください。
- (7) 感染予防対策の観点より、ご利用者様にも必要時マスク着用等の対応をお願いしております。  
ご理解・ご協力よろしくをお願いいたします。

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	高知市東城山町163-1
	法人名	医療法人 弘仁会
	事業所名	ヘルパーステーション ソレイユ
	説明者職・氏名	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

## 個人情報利用同意書

私、及び私の家族は以下の条件に適合する場合には、個人情報の共有あるいは提供に同意いたします。

- 1、 居宅サービス計画上位置づけられたサービス提供事業者
- 2、 居宅サービス計画上位置づけられた保険対象外のサービス提供事業者
- 3、 施設等への入所あるいは入院が決まった場合の入所、入院先施設
- 4、 訪問介護事業所を変更する場合の変更先訪問介護事業所
- 5、 研修会、勉強会等の事例検討  
(ただし、この場合、実名住所等本人を特定できない配慮を行います。)
- 6、主治医（通院介助で受診に付き添った場合）

令和 年 月 日

ヘルパーステーション ソレイユ 殿

本人 住所  
氏名

印

代理人 住所  
氏名

印

(本人でない場合は、本人との続柄 : )

家族 住所  
氏名

印