

社会福祉法人松原福祉会  
ヘルパーステーション松原のさと

重要事項説明書（契約書別紙）

---

第1号訪問事業（生きがい対応型訪問サービス）

**第1号訪問事業（生きがい対応型訪問サービス）**  
**契約書別紙（兼重要事項説明書）①**

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. 事業者（法人）の概要**

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 松原福祉会
主たる事務所の所在地	〒856-0009 大村市松原本町274番地
代表者（職名・氏名）	理事長 山下 俊忠
設立年月日	平成10年 7月 27日
電話番号	0957-56-2378

**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 松原のさと	
サービスの種類	訪問介護、生きがい対応型訪問サービス	
事業所の所在地	〒856-0009 大村市松原本町277番地	
電話番号	0957-56-2328	
指定年月日 生きがい対応型訪問サービス	令和 5年 6月 1日指定	事業所番号 42A500148
管理者の氏名	大塚 康子	
通常の事業の実施地域	大村市、東彼杵町（主に千綿地区）	

※サービス提供地域に関して、提供地域外の方はご相談ください。

**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、居宅サービス又は生きがい対応型訪問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。

基 本 理 念	私たちは、家庭的な雰囲気と、清潔、安全な環境の下で、その有する能力及び個性に応じたきめ細やかで思いやりのある介護を行い、自由と期待の有る豊かな老後生活へと導けるよう努めます。
基 本 方 針	1. いつでもより親切で優しく丁寧な対応を心掛けるとともに、お客様との対話を常に絶やさないよう心掛けます。 2. お客様が安心して過ごせるように、安全な環境整備とプライバシーの保持に努めます。 3. 専門性を追求し、質の高い援助実践を目指します。 4. 利用者、家族、住民との協力関係を強め、信頼される施設運営に努めます。

#### 4. 提供するサービスの内容

訪問介護（又は生きがい対応型訪問サービス）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	<p>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。</p> <p>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</p>
② 生活援助	<p>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。</p> <p>例) 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など</p>
③ 通院等のための乗車又は降車の介助	<p>通院や外出のため、訪問介護員等が運転する車両への乗車又は降車の介助とあわせて、乗車前もしくは降車後の屋内外における移動等の介助や、通院先もしくは外出先での受診等の手続きや移動等の介助を行います。</p> <p>(ただし、介護予防訪問介護については、当該サービスは対象外です。)</p>

#### 5. 営業日時

営業日	年中無休
営業時間	<p>午前 11 時から午後 8 時まで</p> <p>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。</p>

#### 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 5 人、 非常勤 0 人
介護職員実務者研修修了者 (基礎研修修了者)	常勤 1 人、 非常勤 1 人
介護職員初任者研修（又は同等資格）	常勤 0 人、 非常勤 3 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	大塚 康子
--------------	-------

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市町村でも受け付けております。

## 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」は以下の所定単位数の20%が上乗せされます。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) 生きがい対応型 訪問サービス利用料

#### 【基本部分】

サービスの内容 ※身体介護及び生活援助のみ		基本利用料 ※(注1)参照	単位
訪問型(独自) サービスⅠ	1週間に <u>1回程度</u> の介護予防訪問介護が必要とされた場合	11,760円	1,176
訪問型(独自) サービスⅡ	1週間に <u>2回程度</u> の介護予防訪問介護が必要とされた場合	23,490円	2,349
訪問型(独自) サービスⅢ	1週間に <u>3回程度以上</u> の介護予防訪問介護が必要とされた場合 (要支援2の利用者のみ対象)	37,270円	3,727
訪問(独自) 短時間サービス	20分未満 ※要支援2のみで1週間に 2回以上利用の場合	1,670円	167
訪問型(独自) サービス(Ⅳ)	1週間に1回程度 ※1月の中で全部で4回まで	2,680円	268
訪問型(独自) サービス(Ⅴ)	1週間に2回程度※月の中で全部で5回以上8回まで	2,720円	272
訪問型(独自) サービス(Ⅵ)	要支援の2のみの方で週2回を超える程度※1月の中で全部で9回以上12回まで	2,870円	287

### (2) 加算

以下の要件を満たす場合、生きがい対応型訪問サービスの利用料基本部分に以下の料金が加算されます。

#### ① 訪問介護・生きがい対応型訪問サービス共通加算

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金
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
介護職員処遇改善 加算Ⅰ ※	当該加算の算定要件を満たす場合	所定の単位数×24.5%	

(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。

(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。

(注3) 介護保険負担割合証の利用者負担の割合によって負担金額が変わりますので、ご注意下さい。

## 訪問介護のみ

### 8-(1) 訪問介護の利用料基本部分に以下の料金が加算されます。

		基本利用料	単位
緊急時訪問 介護加算	利用者や家族等からの要請を受け、緊急にサービスを提供した場合(1回につき)	1,000円	100
夜間・早朝、 深夜加算	夜間(18時～22時)又は早朝(6時～8時)にサービス提供する場合	上記基本部分の25%	
	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Ⅰ	当該加算の体制要件、人材要件及び重度要介護者等対応要件を満たす場合	上記基本部分の20%	

※緊急時訪問介護加算は、利用者またはその家族から要請を受けて、介護支援専門員がサービス提供責任者と連携をはかり、訪問介護員などが居宅サービス計画にない身体介護を行った場合に加算します。

### (4) 介護保険給付対象外サービス

介護保険給付対象外のサービス利用料金は、全額ご利用者様の負担となります。

#### キャンセル料金

- ご利用日の前営業日の午後8時までにご連絡いただいた場合は無料
- ご利用日の前営業日の午後8時までにご連絡がなかった場合、当該基本料金の50%  
ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂戴いたします。  
キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。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。

### (5) 支払い方法

上記(1)から(3)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、10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末日(祝休日の場合は直前の平日)に、ご指定の口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日(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。 座名 ①親和銀行 竹松支店 普通口座 1267560 ②JAバンク 長崎県農業協同組合大村北支店 普通口座 0005789 名義: 老人デイサービスセンター松原のさと 施設長 馬場典子
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日(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。

主 治 医	医療機関の名称			
	担 当 医 氏 名			
	所 在 地			
	電 話 番 号			
緊急連絡先 (家族等)	氏 名		続柄	
	住 所		電 話 番 号	
	氏 名		続柄	
	住 所		電 話 番 号	

## 10. 非常災害時の対応

災害時のいは、社会福祉法人松原福祉会「防火管理規定」及び「消防計画書」などに規程に基づき、利用者の安全確保に努めます。

非常時の対応	別途定める消防計画に沿って対応いたします。	
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画に沿って年2回避難訓練を実施します。	
	設 備 名 称	個数等
	自動火災報知機	あり
	誘 導 等	2ヶ所
	消 火 器	3 個
	ガス漏れ探知機	1ヶ所
	カーテンは、防災性能のあるものを使用しています。	
消防計画等	大村消防署への届出 防火管理者 馬場 毅	

## 11. 事故発生時の対応

- (1) サービス提供中に事故が発生した場合には、速やかに市町村・当該ご家族及び当該居宅介護支援事業所に連絡を取ると共に、必要な処置を講じます。また事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。
- (2) サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、保険者である市町村に連絡するとともに、損害賠償の責めを負う必要がある場合には、「居宅介護事業者・サービス事業者責任保険」等により速やかに対応いたします。ただし、施設の責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。

## 1 2. 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 0957-56-2323 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	大村市長寿介護課	住所：長崎県大村市本町458-2 電話番号：0957-20-7301
	大村市地域包括支援センター	住所：大村市本町458-2 電話番号：0957-53-8141
	長崎県国民健康保険団体連合会	住所：長崎県長崎市今博多町 電話番号：095-826-1599
	長崎県社会福祉協議会	住所：長崎県長崎市茂里町3-24 電話番号：095-824-6410

### (3) 委員第三者

第三者委員本事業所では、地域にお住いの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所に対する意見なども頂いております。また利用者は、本事業所への苦情やご意見には第三者委員に相談する事も出来ます。

(第三者委員一覧)

氏名	住所	電話番号
川添 喜代子	大村市松原2丁目170-4	0957-55-8088
梶原 昭子	大村市武留路町753-1	0957-55-1482

## 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 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。

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	長崎県大村市松原本町274番地
	事業者	社会福祉法人松原福社会
	代表者職・氏名	理事長 山下 俊忠      印

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

(施設入所者等で代理人が2親等以外の場合)

立会人	住所
	氏 名      印