

訪問介護サービス利用契約に関する
重要事項説明書及び
サービス内容説明書

公益財団法人 福井市ふれあい公社

ホームヘルプサービスセンター

福井市日之出4丁目3番12号

電話 0776-20-5101

訪問介護サービス利用契約に関する

重要事項説明書

1 事業者の概要

名 称	公益財団法人福井市ふれあい公社		
所 在 地	〒910-0859 福井市日之出4丁目3番12号		
代 表 者 名	理事長 荒木 一男		
電 話 番 号	0776-20-5015	FAX 番号	0776-20-5781
設 立 年 月 日	平成5年3月15日	ホームページ	http://www.fureai-kousha.jp
主 な 事 業	介護認定調査事業、指定居宅介護支援事業、指定訪問介護事業 包括的支援事業、公の施設の管理運営事業		

2 事業所の名称・所在地等

名 称	公益財団法人福井市ふれあい公社ホームヘルプサービスセンター		
所 在 地	〒910-0859 福井市日之出4丁目3番12号		
電 話 番 号	0776-20-5101	FAX 番号	0776-27-5852
開 設 年 月 日	平成12年4月1日	事業所番号	1870100102
主 な 実 施 事 業	訪問介護事業、障害者居宅介護事業		

3 事業所の職員体制 (単位：人)

職 種	人数	区 分		配置及び職務の内容
		常勤	非常勤	
管理者	1	○		従業員及び業務の管理等
サービス提供責任者	1 以上	○	○	介護福祉士1人以上に利用者数が40人を超えるごとに1人加算 個別支援計画の作成・調整
訪問介護員	2.5 以上	○	○	介護福祉士、実務者研修、 介護職員初任者研修若しくは訪問介護員養成研修2級課程修了者

4 事業の実施地域、営業日及び営業時間

実施地域	福井市
営業日	1月1日から12月31日まで
サービス提供時間	午前8時30分から午後5時15分まで

5 事業の目的と運営方針

(1) 目的

利用者が、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、サービスを提供します。

(2) 運営の方針

利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて、利用者の自立を支援し、生活の質の向上に資するサービスを提供し、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援に努めます。

6 サービスの内容

身体介護	入浴、排泄及び食事等の介護
生活援助	買物、調理、洗濯及び掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言

7 利用料等

サービスの利用に係る費用については、別表「訪問介護利用料金一覧」のとおりです。

なお、利用者の具体的なサービス内容と利用者負担額については、契約書別紙「サービス内容説明書」に記載します。

(1) 利用料

サービス利用に対する利用者負担額は、厚生労働大臣が定める介護報酬の基準による額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、基準による額に、利用者の介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた額となります。

(2) 交通費

福井市外でサービスを行う場合は、交通費の実費が必要となります。この場合において、自動車を使用する場合の交通費は下記のとおりです。

適用範囲	金 額
福井市を越えた地点から片道 10 km 未満	300 円
福井市を越えた地点から片道 10 km 以上	1 km あたり 30 円

(3) キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

キャンセルの時期	金 額
利用日の前日までに連絡があった場合	無 料
利用日の利用時間 2 時間前までに連絡があった場合	500 円
上記までに連絡がなかった場合 (訪問後のキャンセル含む)	600 円

(4) その他の費用

サービスの提供に必要な費用（光熱水費、物品の購入費、訪問介護員が訪問する際に要する駐車料金等）は、利用者の負担となります。

8 利用料等の支払方法

毎月 15 日までに前月分の請求をいたしますので、当月の末日までにお支払いください。

なお、請求書にはサービスの内容や利用料等を記載します。

9 緊急時における対応方法

サービスの提供中に利用者の容態に急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに利用者の主治医及び居宅介護支援事業者、救急隊等へ連絡を取り、必要な措置を講じます。

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、速やかに福井市、家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

11 秘密の保持

利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めます。

従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。この秘密保持義務は、利用者との契約終了後においても継続します。

センターは、従業者であった者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を雇用契約の内容とします。

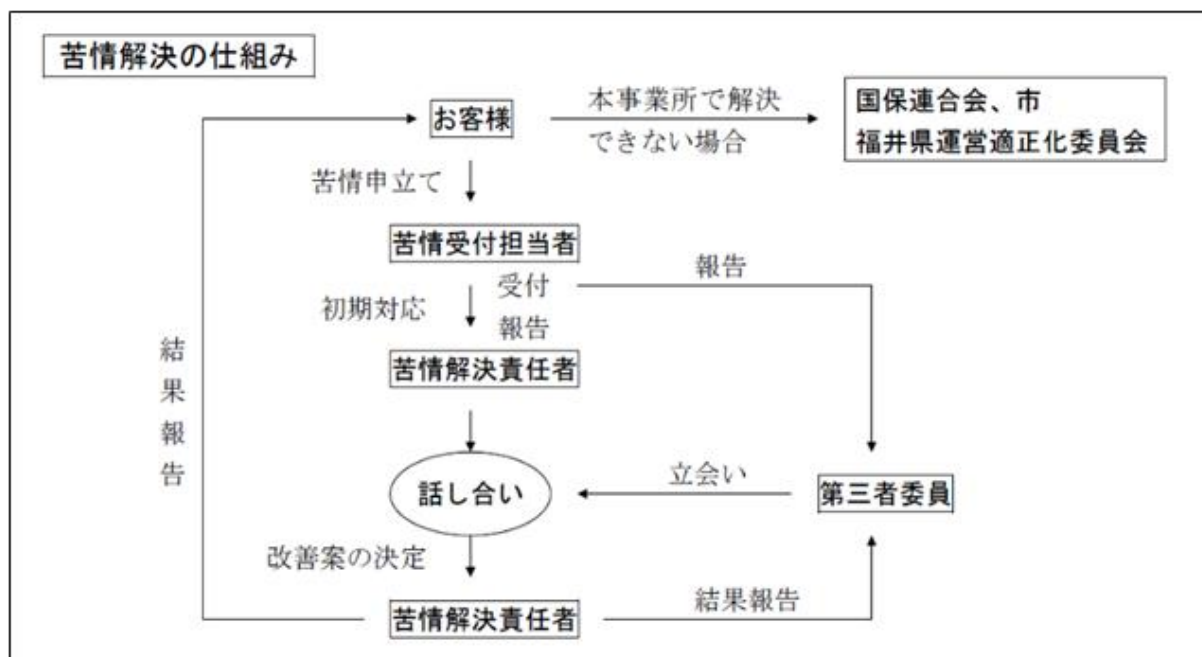
センターは、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておくものとする。

12 虐待防止に関する相談窓口

虐待防止相談窓口	所在地	福井市日之出4丁目3番12号
	電話番号	(0776)20-5101
	利用時間	平日 午前8時30分～午後5時15分
	担当者	管理者 清水 淑恵

13 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所 苦情相談窓口	所在地	福井市日之出4丁目3番12号
	電話番号	(0776)20-5101
	利用時間	平日 午前8時30分～午後5時15分
	担当者	管理者 清水 淑恵
福井市福祉健康部 保険衛生局 介護保険課	所在地	福井市大手3丁目10-1(福井市役所別館2階)
	電話番号	(0776)20-5715
	利用時間	平日 午前8時30分～午後5時15分
福井県国民健康 保険団体連合会	所在地	福井市西開発4丁目202-1(福井県自治会館4階)
	電話番号	(0776)57-1614
	利用時間	平日 午前8時30分～午後5時15分
福井県運営適正化 委員会	所在地	福井市光陽2丁目3番22号
	電話番号	(0776)24-2347
	利用時間	平日 午前9時～午後5時



当事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明をしました。

令和 年 月 日

事業者 福井市日之出4丁目3番12号
公益財団法人 福井市ふれあい公社
理事長 荒木 一 男 ㊞

(説明者) _____

私は、訪問介護に関する重要事項の説明を受け、その内容について理解し同意しました。

令和 年 月 日

(利用者) 氏 名 _____ ㊞

住 所 _____

(代理人又は署名代行者) 氏 名 _____ ㊞

住 所 _____

利用者との関係 ()

(立会人) 氏 名 _____ ㊞

住 所 _____

訪問介護サービス利用契約に関する

サービス内容説明書

当事業者が、利用者に提供するサービスは以下のとおりです。

1 サービスの提供

- (1) サービス提供にあたっては、居宅介護支援事業者等が作成した居宅サービス計画及びサービス提供票に基づき、利用者の要支援状態の軽減若しくは悪化の防止になるよう、適切にサービスを提供します。
- (2) サービスは訪問介護計画書及びケア手順書に従って提供します。
- (3) その他、サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項に留意してください。
 - ① 訪問介護員は、医療行為や金銭の取扱いはいたしません。(ただし、生活援助の買い物等に伴う金銭の取扱いは可能です)
 - ② 訪問介護員は、介護保険法上、家族の方の食事の準備や洗濯等、庭の草刈などの業務はいたしません。
 - ③ 訪問介護員に対する贈り物や飲食等のもてなしは必要ありません。
 - ④ 訪問介護員は、利用者又は家族の同意を得て、サービスの提供に必要な範囲で消耗品、器具又は材料を使用します。

2 担当の職員

担当の訪問介護員は 次のとおりです。

氏 名	資 格	氏 名	資 格
※ 上記の責任者は（ ）です。			

- (1) 当事業者は、担当の訪問介護職員を変更することがあります。その場合には、事前に利用者の了解を得ます。
- (2) 職員は、常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでもその提示をお求めください。

3 相談窓口

当事業所 相談窓口	所在地	福井市日之出4丁目3番12号
	電話番号	(0776) 20-5101
	利用時間	平日 午前8時30分～午後5時15分
	担 当	管理者 清水 淑恵

4 利用者の負担

(1) 利用料の目安

種類	利用時間又は内容	介護保険適用 負担額（割）		介護保険適用外 負担額（全額）		負担額 合計(円)
		単価(円)	回数/月	単価(円)	回数/月	
身体 介護	20 分未満		回		回	
	20 分以上 30 分未満		回		回	
	30 分以上 1 時間未満		回		回	
	1 時間以上 1 時間半未満		回		回	
	以後 30 分増す毎に加算		回		回	
生活 援助	20 分以上 45 分未満		回		回	
	45 分以上		回		回	
身体 介護 後の 生活 援助	身体介護 20 分以上 30 分未満 ・ 生活援助 45 分未満		回		回	
	身体介護 20 分以上 30 分未満 ・ 生活援助 70 分未満		回		回	
	身体介護 20 分以上 30 分未満 ・ 生活援助 70 分以上		回		回	
	身体介護 30 分以上 1 時間未満 ・ 生活援助 45 分未満		回		回	
公費負担（負担額の減額）						
1 月当たりの利用者負担額			回		回	
初回加算	サービス提供責任者が初回訪問時に同行した場合					円/月
緊急時訪問介護加算	計画にない身体介護サービスを緊急に行った場合					円/回
生活機能向上連携 加算	サービス提供責任者とリハビリテーション専門職の共同訪問による介護計画を作成する場合					円/月

（備考）早朝（午前 6 時～午前 8 時）及び夜間（午後 6 時～午後 10 時）の利用者負担額につきましては、25%増となります。

(2) 交通費

福井市外でサービスを行う場合は、交通費の実費が必要となります。この場合において、自動車を使用する場合の交通費は下記のとおりです。

適用範囲	金 額
福井市を越えた地点から片道 10 km 未満	300 円
福井市を越えた地点から片道 10 km 以上	1 km あたり 30 円

(3) キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。
ただし、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

キャンセルの時期	キャンセル(中止)料
利用日の前日までに連絡があった場合	無料
利用日の利用時間 2 時間前までに連絡があった場合	5 0 0 円
上記までに連絡がなかった場合 (訪問後のキャンセル含む)	6 0 0 円

(4) その他の費用

サービスの提供に必要な費用 (光熱水費、物品の購入費、訪問介護員が訪問する際に要する駐車料金等) は、利用者の負担となります。

5 利用料等の支払方法

毎月、15 日までに前月分の請求をいたしますので、当月の末日までにお支払いください。
なお、請求書にはサービスの内容や利用料等を記載します。

【緊急時の連絡先】 (令和 年 月 日現在)

利用者	住 所	〒			—				
	氏 名			電話					
主治医	所在地	〒					—		
	名 称								
	氏 名			電話					
緊急時 連絡先 (親族等)	所在地	〒						—	
	氏 名			続 柄					
	電 話	(昼)							
		(夜)							
	所在地	〒						—	
	氏 名			続 柄					
電 話	(昼)								
	(夜)								
災害時の 避難場所	所在地								
	名 称								
	電 話								
	備 考								