

第 1 号訪問事業

契約書別紙（兼重要事項説明書）

当事業者はご利用者様に対して第 1 号訪問事業サービスを提供します。事業所の提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 エヌケーシー
主たる事務所の所在地	〒680-8555 鳥取市戎町 4 7 1 番地
代表者（職名・氏名）	代表取締役社長 佐武 紀明
設立年月日	昭和 4 0 年 8 月 2 日
電話番号	0 8 5 7 - 2 7 - 6 1 1 6

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ともいきの杜 樗谿	
サービスの種類	第1号訪問事業	
事業所の所在地	〒680-0015 鳥取市上町19-1	
電話番号	0 8 5 7 - 2 0 - 1 2 3 5	
指定年月日・事業所番号	平成30年1月1日指定	3170103794
管理者の氏名	田邊 佑季	
通常の事業の実施地域	旧鳥取市及び岩美町、 智頭町 とする。ただし、実施地域以外は事業所との相談とする。	

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、居宅サービス又は介護予防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）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、体位交換、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	毎日
営業時間	午前 7 時から午後 7 時まで (サービス提供時間 午前 7 時30分から午後6時30分) ただし、利用者の希望に応じて、早朝、夜間、深夜のサービス提供時間については、ご相談の上、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
サービス提供責任者	常勤 1名
訪問介護職員	常勤・兼務 2名以上

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	谷口 真由美
--------------	--------

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、原則として基本利用料の 1 割（一定以上の所得のある方は 2 割（平成 27 年 8 月から）又は 3 割（平成 30 年 8 月から）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、超えた額的全額をご負担いただきます。

【第1号訪問事業】

サービスの内容 ※身体介護及び生活援助のみ (1月あたり)		基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金 (自己負担1割 の場合)(=基本 利用料の1割) ※(注2)参照	利用者負担金 (自己負担2割 の場合)(=基本 利用料の2割) ※(注2)参照	利用者負担金 (自己負担3割 の場合)(=基本 利用料の3割) ※(注2)参照
要支援1.2 事業対象者	・1～4回/月(週1回程度)	2,870円/回	287円/回	574円/回	861円/回
	・5回～/月(月4回越えの場合)	11,760円/月	1,176円/月	2,352円/月	3,528円/月
要支援1.2 事業対象者	・5～8回/月(週2回程度)	2,870円/回	287円/回	574円/回	861円/回
	・9回～/月(月8回越えの場合)	23,490円/月	2,349円/月	4,698円/月	7,047円/月
要支援2	・9～12回/月(週3回以上)	2,870円/回	287円/回	574円/回	861円/回
	・13回～/月(月12回越えの場合)	37,270円/月	3,727円/月	7,454円/月	11,181円/月
要支援1 事業対象者	20分未満で主に身体介護を行う場合(月14回まで)	1,630円/回	163円/回	332円/回	498円/回
要支援2	20分未満で主に身体介護を行う場合(月22回まで)	1,630円/回	163円/回	326円/回	489円/回

サービスコード		サービス内容略称	対象	区分	単位数	算定単位
種類	項目					
A2	2511	訪問型独自サービス22	事業対象者、 要支援1・2	所要時間20分以上45分未満の生活援助中心	179	1回につき1月
	2621	訪問型独自サービス23		所要時間45分以上の生活援助中心	220	当たりの上限
	1411	訪問型独自短時間サービス		所要時間20分未満の身体援助中心	163	3727単位

※令和7年4月より追加

(注1) 上記の基本利用料は、各市町長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 (自己負担1割の場合)	利用者負担金 (自己負担2割の場合)	利用者負担金 (自己負担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	2,000円	200円	400円	600円
介護職員処遇改善加算Ⅰ※	令和6年6月1日より（注）	1月の利用料金の24.5% （基本料金＋各種加算減算）			
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	実施地域以外の地域	上記基本部分の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。

【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	以下のいずれかの利用者にサービスを行う場合 ①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者（②に該当する場合を除く） ②上記の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合 ③上記①以外の範囲に所在する建物に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）	上記基本部分の10% （①・③） 上記基本部分の15% （②）

（３）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。また、利用料が月単位の定額の場合も、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
①利用予定日の前日まで ②利用料が月単位定額の場合 （5回以上、9回以上、13回以上） 【料金表参照】	無料

①利用予定日の当日 ②利用料が回数単位の場合 (4回以内、8回以内、12回以内) ③20分未満で主に身体介護を行う場合(月14回まで) ④20分未満で身体介護を行う場合(月22回まで) 【料金表参照】	利用者負担金の100%の額
---	---------------

(4) 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。

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27日(祝休日の場合は翌営業日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の27日(祝休日の場合は翌営業日)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。 株式会社 エヌケーシー ともしきの杜 榑谿 訪問介護 普通口座 402000
現金払い	サービスを利用した月の翌月の27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。
- 第1号訪問事業者は、利用者に対する第1号訪問事業の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行う。

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0857-20-1235 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	鳥取市福祉部 長寿社会課 * 尚、郡部居住の利用者の苦情 相談窓口はそれぞれの役場窓口 (別紙) を記入する。	電話番号 0857-30-8211
	鳥取県国民健康保険団体連合会 (介護保健室)	電話番号 0857-20-2100
	鳥取県社会福祉協議会 (鳥取県福 祉サービス運営適正化委員会)	電話番号 0857-59-6335

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。

13. 第三者評価

委託していない。

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 鳥取市戎町 471 番地

事業者名 株式会社エヌケーシー

代表者 代表取締役社長 佐武 紀明 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

署名代筆者・代理人

住 所

本人との続柄

氏 名

印

署名代筆者の場合は、利用者に代わり署名代行した理由を以下にご記入下さい。

「理由」