

訪問介護契約書別紙（兼重要事項説明書）

【 令和 7年 1月 1日現在 】

1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社いろどり
代表者役職・氏名	代表取締役 渡邊篤志
本社所在地 電話番号	〒350-1317 埼玉県狭山市大字水野1249番地の25 04-2937-6411
法人設立年月日	令和2年10月30日

2 サービスを提供する事業所の概要

（1）事業所の名称等

名 称	いろどり訪問介護
事業所番号	訪問介護 （指定事業所番号 1 1 7 2 7 0 2 1 8 3）
所在地	〒350-1316 埼玉県狭山市南入曽652 - 3 サイレントコーポ201
電話番号	04-2937-6411
F A X 番号	04-2937-6412
通常の事業の実施地域	【狭山市】水野、南入曽、北入曽、富士見、堀兼（県道所沢堀兼狭山線以北を除く）、入間川（1丁目～4丁目を除く）、中央（3丁目・4丁目）、狭山台（3丁目・4丁目） 【入間市】東藤沢（西武池袋線以西を除く）、下藤沢（花みずき通り以西を除く）、東町、久保稻荷（花みずき通り以西を除く）
福祉サービス第三者評価の実施状況	実施の有無： 無

（2）事業所の窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日、火曜日、木曜日、金曜日、土曜日、日曜日（水曜日定休） ※12/29～1/3を除く ※サービスに入れるヘルパーがいる場合、水曜日及び年末年始もサービス提供は行う。
営業時間	平日 9：00～18：00 土日祝日 9：00～17：00 ※サービス提供は各日 8：00～21：00

(3) 事業所の勤務体制

職 種	業務内容	勤務形態・人数
管理者	<ul style="list-style-type: none"> ・従業者と業務の管理を行います。 ・従業者に法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 	常 勤 1人
サービス提供責任者	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護計画を作成し、利用者へ説明し、同意を得ます。 ・サービス担当者会議への出席等により居宅介護事業者と連携を図ります。 ・利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握します。 ・居宅介護支援事業者に対して、把握した利用者の体調、生活状況その他必要な情報を提供します。 ・訪問介護員の業務の実施状況を把握し、訪問介護員の業務管理を実施します。 ・訪問介護員に対する研修、技術指導を行います。 	常 勤 2人
訪問介護員	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護計画に基づき、訪問介護のサービスを提供します。 	常 勤 2人 非常勤 5人

3 サービス内容

身体介護	<p>利用者の身体に直接接触して介助するサービス、利用者の能力維持・生活の質や意欲の向上のための利用者と共に行う自立支援・重度化防止のためのサービス、その他専門的知識・技術をもって行う利用者の日常生活上・社会生活上のためのサービスを行います。</p> <p>(排泄介助、食事介助、清拭、入浴介助、体位変換、服薬介助、通院・外出介助等)</p>
生活援助	<p>家事を行うことが困難な場合に、利用者に対して、家事の援助を行います。</p> <p>(調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受け取り、衣類の整理)</p>

4 利用料、その他の費用の額

(1) 訪問介護の利用料

ア 基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は、原則として基本利用料に対して介護保険負担割合証に記載の割合（1～3割）に応じた額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

※地域区分別1単位当たりの単価 10.42円（6級地）

区分	1回当たりの所要時間	単位数	基本利用料	利用者負担額		
				1割	2割	3割
身体介護	20分未満	163単位	1,698円	170円	340円	510円
	20分以上30分未満	244単位	2,542円	255円	509円	763円
	30分以上1時間未満	387単位	4,032円	404円	807円	1,210円
	1時間以上1時間30分未満	567単位	5,908円	591円	1,182円	1,773円
	1時間30分以上 (30分増すごとに加算)	82単位 を加算	854円 を加算	86円 を加算	171円 を加算	257円 を加算
生活 援助	20分以上45分未満	179単位	1,865円	187円	373円	560円
	45分以上	220単位	2,292円	230円	459円	688円
身体介護と生活援助が混在する場合（身体介護の基本利用料に下記の料金を加算）						
	生活援助20分以上	65単位	677円	68円	136円	204円
	生活援助45分以上	130単位	1,354円	136円	271円	407円
	生活援助70分以上	195単位	2,031円	204円	407円	610円

※ 利用者の心身の状況等により、1人の訪問介護員によるサービス提供が困難であると認められる場合で、利用者の同意を得て、2人の訪問介護員によるサービス提供を行った場合、基本利用料の2倍の料金となります。

※ 1回当たりの所要時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、訪問介護計画に明示された標準の所要時間によるものとします。

イ 加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

① 算定基準に適合したサービスの実施による加算

※地域区分別 1 単位当たりの単価 10.42円（6級地）

加算の種類	要件	単位数	利用料	利用者負担額		
				1割	2割	3割
夜間・早朝加算	夜間（18時～22時）、早朝（6時～8時）にサービスを提供した場合		1回につき基本利用料の25%			
深夜加算	深夜（22時～翌朝6時）にサービスを提供した場合		1回につき基本利用料の50%			
緊急時訪問介護加算	利用者や家族等からの要請を受け、緊急に身体介護サービスを行った場合	100 単位	1回につき 1,042円	105円	209円	313円
初回加算	新規に訪問介護計画を作成した利用者に、サービス提供責任者が自ら訪問介護を行うか他の訪問介護員に同行した場合	200 単位	初月のみ 2,084円	209円	417円	626円

② 算定基準に適合していると県に届け出ている加算

※地域区分別 1 単位当たりの単価 10.42円（6級地）

加算の種類	要件	加算率
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	<ul style="list-style-type: none"> ・ 資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの準備及び研修の実施等 ・ 職場環境等要件に関し複数の取組を行い、ホームページ掲載等を行う ・ 加算Ⅳの1/2以上を月額賃金で配分 ・ 改善後の賃金年額440万円以上が1人以上 	1月につき 総単位数の22.4%

※ 介護報酬の改定等により単位数・単価・基本利用料・加算等が変更になる場合は、利用者の了承を得て新たな内容の【契約書別紙（兼重要事項説明書）】を作成し、それをもって指定訪問介護の内容とします。

(2) 交通費

通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、訪問介護員が訪問するための交通費の実費をご負担していただきます。

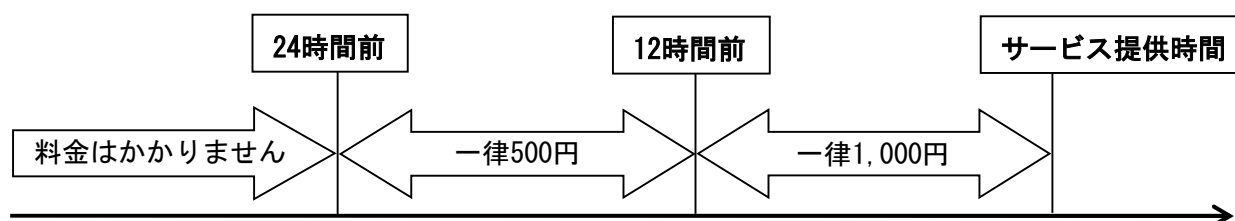
なお、自転車及び自動車を使用した場合は、通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道1キロメートル当たり100円、駐車料金が発生した場合は実費分を請求します。

(3) キャンセル料

サービスの利用を中止した場合には、次のとおりキャンセル料をいただきます。

ただし、利用者の容態の急変や急な入院等、緊急やむを得ない事情がある場合は請求しません。なお、サービスの利用を中止する場合には、至急、ご連絡ください。

御利用の24時間前までにご連絡いただいた場合	料金はかかりません
御利用の12時間前までにご連絡いただいた場合	一律 500円
御利用の12時間前までにご連絡がなかった場合	一律 1,000円



(4) その他

ア 利用者の居宅でサービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用利用者のご負担となります。また、パッド類・使い捨て手袋・お尻拭き等の介助用品、洗剤・トイレ掃除シート等の掃除用品等は、利用者宅にてご用意頂きます。

イ 通院、外出介助での訪問介護員の公共交通機関等の交通費は、実費相当を請求します。

5 利用者負担額、その他の費用の請求及び支払方法

(1) 請求方法

ア 利用者負担額、その他の費用は利用月ごとの合計金額により請求します。

イ 請求書は、利用月の翌月10日までに利用者宛てにお届けします。

(2) 支払い方法等

ア 請求月の末日までに、下記のいずれかの方法でお支払いください。

- ・現金払い
- ・事業者が指定する口座への振り込み
- ・利用者が指定する口座からの自動振替

イ お支払いを確認しましたら、領収証をお渡ししますので、必ず保管してください

(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。)

6 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治の医師	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	
	電 話 番 号	

7 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供中にヘルパーの不注意により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名：三井住友海上火災保険株式会社 保 険 名：福祉事業者総合賠償責任保険

8 サービス提供に関する相談、苦情

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア サービス提供に関する相談及び苦情を受けるための窓口を設置します。

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

- ・ 苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行う。
- ・ 管理者は、訪問介護員に事実関係の確認を行う。
- ・ 相談担当者は、把握した状況をスタッフとともに検討を行い、時下の対応を決定する。
- ・ 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行う。(時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡する。)

(2) 苦情相談窓口

担当 連絡先	管理者 渡邊篤志 TEL: 04-2937-6411 FAX: 04-2937-6412 メールアドレス: houmon@irodori-kaigo.net
受付日	(月)(火)(木)(金)(土)(日) ※(水)定休日
受付時間	平日 9:00~18:00 土日祝日 9:00~17:00 (12/29~1/3を除く。)

市町村及び国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口等に苦情を伝えることができます。

狭山市 健康推進部 介護保険課	TEL: 04-2953-1111 (内線1553~1555) FAX: 04-2954-6262 受付時間: 月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時15分 (祝・休日、12月29日から1月3日を除く)
入間市 健康推進部 介護保険課	TEL: 04-2964-1111 (内線1347・1348) FAX: 04-2998-9138 受付時間: 月曜日から金曜日の午前8時30分から午後5時15分 (祝・休日、12月29日から1月3日を除く)
埼玉県 国民健康保険団 体連合会 介護福祉課 苦情対応係	TEL: 048-824-2568 (苦情相談専用) FAX: 048-824-2561 受付時間: 月曜日から金曜日 午前8時30分~12時、午後1時~午後5時(祝日、12月29日から1月3日を除く)

9 サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) 訪問介護員はサービス提供の際、次の業務を行うことができません。

ア 医療行為

イ 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書の預かりなど、金銭に関する取扱い

ウ 利用者以外の家族のためのサービス提供

エ 日常生活を営むのに支障がないもの(草むしり、花木の水やり、犬の散歩等)

オ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供(家具・電気器具等の移動等、大掃除等)

(2) 金品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当事業所の担当者へご連絡ください。

10 指定訪問介護の内容

提供するサービスの内容は下記のとおりです。

	曜日	時間帯	内容	介護保険 対象
①				○

11 利用料金（介護保険対象サービス）

お支払いいただく料金の単価は、下記のとおりです。

	介護サービス基本料金	利用者負担額（割負担） （基本料金から保険給付分を除いた金額）
①	円/回	円/回
	【加算後 円/回】	【加算後 円/回】

- ※ 介護保険対象サービスの場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、一旦基本料金全額をお支払いいただきます。その際、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日市町村の介護保険担当窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。
- ※ 利用者との合意をもって指定訪問介護のサービス内容および利用料金を変更する場合は、利用者の了承を得て新たな内容の10項および11項を作成し、それをもって契約書別紙（兼重要事項説明書）の内容とします。

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> 埼玉県狭山市大字水野1249番地の25

<法人名> 株式会社いろどり

<代表者名> 渡邊篤志 印

(説明者)

<事業所名> いろどり訪問介護

<役職名> サービス提供責任者

<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> 埼玉県

<氏名> 印

利用者は、身体の状態等により署名ができなため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

(署名代筆者)

<住所>

<氏名> 印

(法定代理人)

<住所>

<氏名> 印