

# 障害福祉サービス 契約書別紙

## (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、新潟県条例の規定に基づき、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	株式会社 エヌ介護サービス
主たる事務所の所在地	〒950-0951 新潟県新潟市中央区鳥屋野462番地2
代表者（職名・氏名）	代表取締役社長 西本 大祐
設立年月日	平成 8年 3月 14日
電話番号	025-283-3126

### 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	株式会社 エヌ介護サービス 新発田センター	
サービスの種類	居宅介護	
事業所の所在地	〒957-0052 新潟県新発田市大手町1丁目14番16号	
電話番号	0254-20-5155（業務時間内） 090-6934-3001（時間外緊急）	
FAX	0254-22-8235	
メールアドレス	shibata-hlp@n-kaigo.jp	
指定年月日・事業所番号	平成18年11月1日 指定	1510600073
管理者の氏名	神田 佳寿美	
通常の事業の実施地域	新発田市	
第三者評価の実施	無	

### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	事業者は、利用者が可能な限り居宅において、自立した日常生活及び社会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出来るよう、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、利用者の日常生活全般の状況、心身の状況及び希望、利用者の受給者証に記載された居宅サービス等の支給量を踏まえ、障害者総合支援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、適切なサービスの提供に努めます。

#### 4. 営業日時

営業日	サービス提供 業務受付窓口	年中無休 月曜日～金曜日（祝日、12/31～1/3を除く）
営業時間	サービス提供 業務受付窓口	24時間 8時40分 ～ 17時40分

#### 5. 事業所の職員体制

職種	指定基準	職務の内容
管理者	1人	従業者及び業務の管理
サービス提供責任者	1人以上	利用申込に係る調整、訪問介護員に対する技術指導、居宅介護計画の作成と説明と交付、サービスの内容の管理
訪問介護員（サービス提供責任者含む）	常勤換算 2.5人以上	居宅介護計画に基づいた援助

#### 6. 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	
--------------	--

#### 7. 提供するサービスの区分と内容

##### (1) 居宅介護

①身体介護（ご家庭等に訪問し、入浴や排泄、食事等の介助をします。）

○入浴介助・清拭・洗髪    ○排泄介助    ○食事介助    ○衣服の着脱の介助

○その他必要な身体介護を行ないます。ただし、医療行為は行ないません。

②家事援助（ご家庭等に訪問し、調理、洗濯、掃除等の生活援助を行ないます。）

○調理    ○洗濯    ○掃除    ○買物

③通院等介助

○身体介護を伴う、通院等のための屋内外における移動等の介助において、歩行や移乗、移動、排泄の介助を行ないます。

○身体介護を伴わない、通院等のための屋内外における移動等の介助を行ないます。

④その他、必要に応じて生活上の相談や助言、関係機関への連絡等を行ないます。

#### 8. 利用料及び利用者負担額

あなた（利用者）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（利用者）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。あなた（利用者）にお支払いいただく、居宅介護の利用料と該当する加算について、相談

支援専門員の作成する計画書に基づいた回数、受給者証に記載のある居宅サービス等の支給量を踏まえて説明させていただきます。

(1) 居宅介護の利用料

【基本部分】

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)
身体介護 中心型	30分未満	2,560円	256円
	30分以上1時間未満	4,040円	404円
	1時間以上1時間30分未満	5,870円	587円
	1時間30分以上2時間未満	6,690円	669円
	2時間以上2時間30分未満	7,540円	754円
	2時間30分以上3時間未満	8,370円	837円
	3時間以上	9,210円に30分を増すごとに 830円を加算	921円に30分を増すごとに 83円を加算
通院等 介助 (身体介護を伴う)	30分未満	2,560円	256円
	30分以上1時間未満	4,040円	404円
	1時間以上1時間30分未満	5,870円	587円
	1時間30分以上2時間未満	6,690円	669円
	2時間以上2時間30分未満	7,540円	754円
	2時間30分以上3時間未満	8,370円	837円
	3時間以上	9,210円に30分を増すごとに 830円を加算	921円に30分を増すごとに 83円を加算
家事援助 中心型	30分未満	1,060円	106円
	30分以上45分未満	1,530円	153円
	45分以上1時間未満	1,970円	197円
	1時間以上1時間15分未満	2,390円	239円
	1時間15分以上1時間30分未満	2,750円	275円
	1時間30分以上	3,110円に15分を増すごとに 350円を加算	311円に15分を増すごとに 35円を加算
通院等 介助 (身体介護を伴 わない)	30分未満	1,060円	106円
	30分以上1時間未満	1,970円	197円
	1時間以上1時間30分未満	2,750円	275円

	1時間30分以上	3,450円に30分を増すごとに 690円を加算	345円に30分を増すごとに 69円を加算
--	----------	-----------------------------	--------------------------

(注1) 上記の基本料金において、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。

### 【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 (=基本利用料の1割)
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合 (1月につき)	2,000円	200円
利用者負担上限額管理加算	負担額合計額の管理を行なった場合	1,500円	150円
福祉専門職員等連携加算	○サービス提供責任者が、利用者にかかわったサービス事業所、指定障害者支援施設等又は医療機関等の社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、理学療法士、公認心理師、作業療法士、言語聴覚士、看護師、保健師等との連携に基づき、利用者の日常生活において介助等を必要とする行為を可能な限りより適切に行なうことが出来るように居宅介護計画を作成した場合 ○当該居宅介護計画書に基づくサービス提供した場合 ○初回にサービス提供が行なわれた日から起算して90日の間、3回を限度 (1回につき)	5,640円	564円
緊急時対応加算 (月2回を限度)	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) ※地域生活支援拠点等の場合 509円加算	1,000円	100円
喀痰吸引等支援体制加算	喀痰吸引等が必要な利用者に対して、登録特定行為事業者の認定特定行為業務従事者が、喀痰吸引等を行なった場合(1日につき)	1,000円	100円
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、人材要件及び重度障害者対応要件等を満たす場合	上記基本部分の20%	
特定事業所加算Ⅱ	当該加算の体制要件及び人材要件を満たす場合	上記基本部分の10%	
特定事業所加算Ⅲ	当該加算の体制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10%	

特定事業所加算Ⅳ	当該加算の体制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5%
福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合	1月の利用料金の41.7%（基本料金＋各種加算減算）
福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅱ		1月の利用料金の40.2%（基本料金＋各種加算減算）
福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅲ		1月の利用料金の34.7%（基本料金＋各種加算減算）
福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅳ		1月の利用料金の27.3%（基本料金＋各種加算減算）
福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅴ（1～14）		1月の利用料金の37.2～13.9%（基本料金＋各種加算減算）
特別地域加算	当事業所が特別地域に所在する場合	上記基本部分の15%

### 【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		
		1回あたりの所要時間と基本利用料	利用者負担金（＝基本利用料の1割）	
サービス提供責任者体制の減算	基礎研修修了者等をサービス提供責任者として配置している場合	上記基本部分 身体介護中心型と通院等介助（身体介護を伴う）の30%		
		上記基本部分 家事援助中心型と通院等介助（身体介護を伴わない）の10%		
	1時間未満	1,860円	186円	
	1時間以上 1時間30分未満	2,770円	277円	
	1時間30分以上 2時間未満	3,690円	369円	
	2時間以上 2時間30分未満	4,610円	461円	
	2時間30分以上 3時間未満	5,530円	553円	
	3時間以上	6,380円に30分増すごとに860円加算	638円に30分増すごとに86円加算	
	重度訪問介護研修修了者をサービス提供責任者として配置している場合の、家事援助中心型と通院等介助（身体を伴わない）	上記基本部分の10%		
事業所と同一建物に居住する利用者等へ	① 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用	①上記基本部分の10% ②上記基本部分の15%		

のサービス提供減算	者20人以上にサービスを行う場合 ② 事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合	
身体拘束廃止未実施減算	身体拘束等の適正化のための、取り組むべき事項を満たさない場合	上記基本部分の1%
虐待防止措置未実施減算	障害者虐待防止措置を未実施の場合	上記基本部分の1%
業務継続計画未策定減算 ※	感染症又は非常災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合 ※令和7年4月1日から適用	上記基本部分の1%
情報公表報告減算	障害福祉サービス等情報公表システム上、未報告となっている場合	上記基本部分の5%

## (2) 利用者負担の減免について

1ヶ月当りのサービス利用にかかる「定率負担」については、所得に応じて4区分の月額負担額され、それ以上の負担はありません。

所得区分		負担上限月額
生活保護・中国残留邦人等支援給付受給世帯		0円
低所得 (市町村民税非課税世帯) ※1	低所得1： 障害者または障害児の保護者の収入（合計所得金額や公的年金等収入金額などの合計）が年間80万円以下	0円
	低所得2： 1に該当しない場合	
一般 (市町村民税課税世帯) ※1	一般1	9,300円
	居宅で生活する障害児：市町村民税所得割額28万円未満	
	居宅で生活する障害者：市町村民税所得割額16万円未満	
	20歳未満の施設入所者：市町村民税所得割額28万円未満	
一般2	1に該当しない場合	37,200円

※1 障害者（20歳未満の施設入所者を除く）についての「世帯」は、障害者本人と配偶者が範囲

## (3) 利用の中止、変更、追加

- ① 利用予定日の前に、利用者の都合により居宅介護計画に定めたサービスの利用を中止又は変更することが出来ます。この場合には、利用予定日の前日までに事業所に申し出てください。当日利用中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、利用者の容態の急変など、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。
- ② 市町村が決定した「支給量」及び当該サービスの利用状況によっては、サービスを追加することも出来ます。
- ③ サービス利用の変更、追加は訪問介護員の稼働状況により利用者が希望する時間にサービスの提供が出来ないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整を致します。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	無料
利用予定日の当日	基本利用料の100%

※キャンセル料には介護給付は適用されませんので、サービス提供に係る基本利用料となります。

#### (4) 支払い方法

上記(1)及び(3)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、口座引き落としによりお支払いください。サービスを利用した月の翌月の27日(祝休日の場合は直後の金融機関営業日)に、指定する口座より引き落とします。

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、30日以内に差上げます。

#### 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、担当の相談支援専門員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。

なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

損害賠償 責任保険	保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険(株)
--------------	-------	-------------------

#### 11. 苦情及び虐待相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や虐待の相談は、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 0254-20-5155 面接場所 当事業所の相談室 受付時間 午前8時40分～午後5時40分 月曜日～金曜日 (但し、祝日及び12月31日～1月3日を除く) 苦情担当責任者 神田 佳寿美 虐待防止担当者 神田 佳寿美 苦情解決責任者 関川 多香子
---------	---

(2) サービス提供に関する苦情や虐待の相談は、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	新発田市役所 社会福祉課	電話番号 0254-20-3030 受付時間 午前8時30分～午後5時15分
	新潟県福祉サービス運営適正委員会	電話番号 025-281-5609 受付時間 午前9時～午後5時

(3) サービス提供に関する苦情や虐待の相談は、下記の第三者委員にも申し立てることができます。

畑田 洋一	090-2988-4381
-------	---------------

## 1 2. 虐待の防止

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げる必要な措置を講じます。

- (1) 虐待の疑いがある場合は、早急に市担当者、担当の相談支援専門員に報告、相談します。
- (2) 成年後見制度の使用支援をします。
- (3) 職員に対する虐待防止研修を毎年実施します。
- (4) 虐待防止のための対策を検討する委員会を設置し、毎年開催します。また、その内容について職員に周知徹底を図ります。

2 事業者は、身体拘束等の適正化をはかるために、次に掲げる必要な措置を講じます。

- (1) 身体拘束等を行う場合には、必要な事項を記録します。
- (2) 職員に対する身体拘束等の適正化のための研修を毎年実施します。
- (3) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を設置し、毎年開催します。また、その内容について職員に周知徹底を図ります。

## 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、保険給付として不適切な援助
- (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) 体調や様態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、早めに担当の相談支援専門員又は当事業所へご連絡ください。(Fax やメールは急を要しない連絡等にご利用ください。)
- (4) 体調不良、天候・災害、感染症の蔓延等の理由により、サービス提供が困難であると事業者が判断した場合は、サービス内容の変更または中止していただく場合があります。
- (5) かかりつけ医からの注意事項や体調変化等がある場合は、必ずご連絡ください。
- (6) 利用者に感染症等がある場合または罹患した場合は、必ず事前に申し出てください。事業者が必要と認めた場合は、診療情報提供書を提出していただくことがあります。
- (7) 介護のこと等で、お悩みの事・お困りのこと、ご心配なことがありましたら、お気軽にご相談ください。
- (8) 災害時に、避難所や家族・知人宅に移動した際は、可能な範囲でご連絡ください。安否の確認をサービス事業所間で共有いたします。
- (9) 訪問介護員及び事業者の職員が訪問中の、飲酒、喫煙は控えてください。

## 1 4. サービス利用にあたっての禁止行為のお願い

- (1) 訪問介護員及び事業者の職員に対して、大声を出す、高圧的な態度での強要、暴力・暴言・いやがらせ、誹謗中傷などのいずれかの行為。
- (2) セクシャルハラスメントと職員が感じる言動。
- (3) 保険給付で行なえないサービスを強要すること。  
\* 「サービスが悪い」「これくらいやってくれ」「内緒でやってくれ」等の言動も継続する場合該当します。
- (4) 訪問介護員を限定してサービスの提供を求めること。
- (5) サービス利用中に訪問介護員を含む利用者本人以外の写真や動画の撮影、また録音などをインターネットなどに掲載すること。

再三の申し入れにもかかわらず上記の行為が継続する場合は、  
契約書（第9条 一）事業者の解約権 により、契約を解除させていただきます。  
ご利用者・ご家族様との信頼関係のもと、安全安心な環境で質の高いケアを提供できるよう、  
以上の点について説明させていただきます。ご理解とご協力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、本書面に基づき重要事項を説明しました。

事業者	所在地	新潟県新潟市中央区鳥屋野 462 番地 2
	事業者名	株式会社 エヌ介護サービス
	代表者職・氏名	新発田センター所長 関川 多香子 印
	説明者職・氏名	サービス提供責任者

私は、事業者より本書面に基づき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

署名代行者（又は法定代理人）

住所
氏名
本人との続柄

サービス提供を受けるにあたっての確認

同性介助を希望します  同性による介助にこだわりません