

訪問介護契約書別紙（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 | 公益社団法人柏崎市シルバー人材センター |
| 主たる事務所の所在地 | 〒945-0032 柏崎市田塚三丁目11番30号 |
| 代表者（職名・氏名） | 理事長 本間敏博 |
| 設立年月日 | 昭和55年10月15日 |
| 電話番号 | 0257-24-2148 |

2. ご利用事業所の概要

| | | |
|-------------|--------------------------|------------|
| ご利用事業所の名称 | 公益社団法人柏崎市シルバー人材センター | |
| サービスの種類 | 訪問介護 | |
| 事業所の所在地 | 〒945-0032 柏崎市田塚三丁目11番30号 | |
| 電話番号 | 0257-24-2148 | |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成12年3月14日指定 | 1570500239 |
| 管理者の氏名 | 品田 恵 | |
| 通常の事業の実施地域 | 柏崎市 | |

3. 事業の目的と運営の方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 要介護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、訪問介護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 | 月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月29日から1月3日）を除きます。 |
| 営業時間 | 午前8時30分から午後5時まで 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、できるだけ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 |
|-----------------|--------------|
| 介護福祉士 | 常勤3人、 非常勤11人 |
| 介護職員初任者研修課程 修了者 | 非常勤36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 | |
|--------------|--|

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割または3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。

【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（自己負担1割の場合） （＝基本利用料の1割） ※（注2）参照 |
|-----------------------|---------------|---|---|
| 身体介護 中心型 | 20分未満 | 1,630円 | 163円 |
| | 20分以上30分未満 | 2,440円 | 244円 |
| | 30分以上1時間未満 | 3,870円 | 387円 |
| | 1時間以上1時間30分未満 | 5,670円 | 567円 |
| | 1時間30分以上 | 30分増すごとに820円を加算 | 30分増すごとに82円を加算 |
| 引き続き「生活援助中心型」を算定する場合 | | 25分増すごとに650円を加算 （身体介護の所要時間が20分以上の場合に限る。） | 25分増すごとに65円を加算 |
| 生活援助 中心型 | 20分以上45分未満 | 1,790円 | 179円 |
| | 45分以上 | 2,200円 | 220円 |

（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）「生活援助中心型」は2時間まで算定可能ですが、当事業者では60分未満とします。

【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 （自己負担1割の場合） |
| 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 | 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 | 基本部分の50% | |
| 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 |
| 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円 |
| 生活機能向上連携 加算 I | サービス提供責任者が、指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施して | 1,000円 | 100円 |

| | | | |
|-----------------|--|--------|------|
| | いる医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成し、サービス提供した場合（1月につき） | | |
| 生活機能向上連携 加算Ⅱ | 指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション等の一環として利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行する等により、共同して利用者の心身の状況等を評価した上で生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成し、連携してサービス提供した場合（1月につき） | 2,000円 | 200円 |

（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。

| 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 | 一律1,200円 |

（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。

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。

| 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（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する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、事業者が指定する口座にお振り込みください。 |
| 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。

| | | |
|----------------|--------------|--|
| 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。

11. 苦情相談窓口

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

| | |
|---------|------------------------------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 0257-24-2148 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 | 柏崎市介護高齢課 | 電話番号 0257-21-2228 |
| | 新潟県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 025-285-3022 |

12. 第三者による評価の実施状況等

| | | | |
|-------------------|------|--------|-----------|
| 第三者による評価の 実施状況 | 1 あり | 実施日 | 年 月 日 |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | 2 なし | | |

13. 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当事業所の担当者へご連絡ください。
- (4) 個人情報の利用目的につきましては、別紙「当社における個人情報の利用目的」のとおりいたします。

14. 虐待の防止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

- ① 事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- ② 当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに、これを市町村に通報します。
- ③ 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ④ 事業所は次の通り虐待防止責任者を定めます。

| | |
|---------------|----------|
| 虐待防止責任者の役職・氏名 | 管理者 品田 恵 |
|---------------|----------|

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 | 柏崎市田塚三丁目11番30号 |
| | 事業者 | 公益社団法人柏崎市シルバー人材センター |
| | 代表者 | 理事長 本間 敏博 印 |
| | 説明者 | 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

立会人 住所 _____
氏名 _____ 印