

## 訪問型サービス（介護予防訪問介護相当サービス）

### 柏崎市訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）

#### 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、市町村要綱等の規定に基づき、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	訪問型サービス（介護予防訪問介護相当サービス） 柏崎市訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）	
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29年4月1日みなし指定 訪問型サービス （介護予防訪問介護相当サービス）	1570500239
	平成29年7月1日指定 柏崎市訪問型サービスA （緩和した基準によるサービス）	
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	要支援状態等にある利用者が、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、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、市町村の要綱等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、利用者の要支援状態等の軽減や悪化の防止、若しくは、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

訪問型サービスは、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

柏崎市訪問型サービスAは、従事者が利用者のお宅を訪問し、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。具体的には上記②生活援助の区分になります。

#### 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
柏崎市が認める研修修了者 (柏崎市訪問型サービスAに限る)	非常勤 10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、介護予防サービス費等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。

### （1）訪問型サービス（介護予防訪問介護相当サービス）の利用料

#### 【基本部分】

サービスの内容 ※身体介護及び生活援助のみ		基本利用料 ※(注2)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
1回につき	【要支援1・要支援2・事業対象者】	2,870円	287円
週に2回を超える程度の場合 ※(注1)	訪問型サービスを1週間に2回を超える程度利用した場合(1月につき) 【要支援1・要支援2・事業対象者】	37,270円	3,727円

(注1) 訪問型サービスの費用については、基本的に1回当たりの金額により算定しますが、1回当たりの金額により算定した1月当たりの基本利用料の合計が、37,270円を超えた場合には、1月当たりの金額で、37,270円となります。

(注2) 上記の基本利用料は、市町村が要綱等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3) 上記本文にも記載のとおり、介護予防サービス費等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。

### （2）柏崎市訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）の利用料

#### 【基本部分】

サービスの内容 ※生活援助のみ		基本利用料 ※(注2)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
1回につき	30分以上45分未満 【要支援1・要支援2・事業対象者】	1,790円	179円
1回につき	45分以上 【要支援1・要支援2・事業対象者】	2,200円	220円
週に2回を超える程度の場合 ※(注1)	訪問型サービスAを1週間に2回を超える程度利用した場合(1月につき) 【要支援1・要支援2・事業対象者】	28,570円	2,857円

(注1) 訪問型サービスAの費用については、基本的に1回当たりの金額により算定しますが、1回当たりの金額により算定した1月当たりの基本利用料の合計が、28,570円を超えた場合には、1月当たりの金額で、28,570円となります。

(注2) 上記の基本利用料は、市町村が要綱等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3) 前ページ本文にも記載のとおり、介護予防サービス費等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留意ください。

### 【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）
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
生活機能向上連携加算	指定介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定介護予防訪問リハビリテーションを行った際にサービス提供責任者が同行し、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型サービス計画を作成し、サービス提供した場合（1月につき）	1,000円	100円
介護職員処遇改善加算Ⅰ ※	当該加算の算定要件を満たす場合	1月の利用料金の8.6%（基本料金＋各種加算減算）	
介護職員処遇改善加算Ⅱ ※		1月の利用料金の4.8%（基本料金＋各種加算減算）	
介護職員処遇改善加算Ⅲ ※		加算Ⅱの90%	
介護職員処遇改善加算Ⅳ ※		加算Ⅱの80%	
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%	
小規模事業所加算※	当事業所が特別地域に所在せず、1月あたりの実利用者数が5人以下の小規模事業所である場合	上記基本部分の10%	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算※	中山間地域（＝新潟県の場合は全域）において、 <u>通常の事業の実施地域以外</u> に居住する利用者へサービス提供した場合	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 ・事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内の建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。）に居住する利用者 ・事業所と同一の建物に居住する利用者 ・一月当たりの利用者が20人以上居住する建物の利用者	上記基本部分の90%
サービス提供責任者体制の減算	介護職員初任者研修課程修了者（介護職員基礎研修課程修了者等を除く）をサービス提供責任者として配置している場合	上記基本部分の70%

## （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）または（2）及び（3）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。

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、地域包括支援センター（又は介護支援専門員）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。

### 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	柏崎市福祉保健部介護高齢課	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地域包括支援センター（又は介護支援専門員）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」のとおりといたします。

### 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を開催し、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