

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）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、当事業者があなたに説明すべき重要な事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 碓氷福祉会
主たる事務所の所在地	〒379-0215 安中市松井田町高梨子1491-1
代表者（職名・氏名）	理事長 田口 晴也
設立年月日	平成6年7月26日
電話番号	027-393-5858

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	松井田町在宅介護支援センターうすいの里 訪問介護事業所	
サービスの種類	第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）	
事業所の所在地	〒379-0215 安中市松井田町高梨子1491-1	
電話番号	027-393-5851（直通）	
指定年月日・事業所番号	平成24年4月1日指定	1072500026
管理者の氏名	施設長 茂木 達也	
通常の事業の実施地域	安中市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	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、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、利用者的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、利用者の要支援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

第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排泄、食事等の介助、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の支援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。

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
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～金曜 8:30～17:30
定休日	土曜日 日曜日 祝祭日 年末年始12月31日～1月3日

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	常勤 1人 (他事業所と兼務)
サービス提供責任者	常勤 1人 (介護福祉士)
事務職員	常勤 2名 (他事業所と兼務)
従事者	非常勤職員 3名 (介護福祉士) 3名 (2級課程修了者)

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	萩原 まゆみ
--------------	--------

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、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割の額です。ただし、介護保険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) 第1号訪問事業・介護予防訪問介護相当サービスの利用料

【基本部分】※身体介護及び生活援助

サービス名称	サービスの内容	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
訪問型サービス (みなし・独自) I (1月につき)	週1回程度の訪問型サービス (みなし・独自)が必要とされた者(事業対象者・要支援1)	11,760円/月	1,176円	2,352円	3,528円
訪問型サービス (みなし・独自) II (1月につき)	週2回程度の訪問型サービス (みなし・独自)が必要とされた者(事業対象者・要支援1)	23,490円/月	2,349円	4,698円	7,047円
訪問型サービス (みなし・独自) III (1月につき)	週2回を超える程度の訪問型サービス(みなし・独自)が必要とされた者(要支援2)	37,270円/月	3,727円	7,454円	11,181円

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定されます。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。

所要時間／区分		身体介護中心	生活援助中心
標準的な内容の指定相当 訪問型サービスである場合	287円／回		
20分以上～45分未満			179円／回
45分以上～			220円／回
短時間の身体介護が中心で ある場合		163円／回	
高齢者虐待防止措置未実施 減算	<u>基本料金×</u> <u>*虐待の発生またはその再 発を防止するための措置が 講じられていない場合</u>	<u>▲1%</u>	

【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 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
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
生活機能向上 連携加算 (1月につき)	サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等に同行し、共同して利用者の心身の状況等を評価した上、生活機能向上を目的とした介護予防訪問介護計画を作成し、サービス提供した場合	1,000円	100円	200円	300円
高齢者虐待防止 措置未実施減算	<u>基本料金×</u> <u>*虐待の発生またはその再発を防止するための措置が講じられていない場合</u>	<u>▲1%</u>			
介護職員等処遇 改善加算(II)	<u>*R6.6法改正により介護職員処遇改善 加算I・介護職員等特定処遇改善加算 II・介護職員等ベースアップ等支援加 算を一本化</u>	<u>22.4%</u>			

(注1) ※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。

(2) 支払い方法

上記の利用料（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に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引落	サービスを利用した月の翌々月の10日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
銀行振込	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、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 群馬銀行 松井田支店 普通口座 0515209
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。

主治医	医療機関		氏名	
	所在地			
	電話番号			

緊急連絡先

①	氏名		続柄	
	住所			
	自宅電話番号		携帯電話番号	
②	氏名		続柄	
	住所			
	自宅電話番号		携帯電話番号	

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、担当の地域包括支援センター及び安中市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 027-393-5858 (代表) 027-393-5851 (直通) 担当者 小田島 智之
---------	---

(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	安中市介護高齢課	電話番号 027-382-1111
	群馬県国民健康保険団体連合会	電話番号 027-290-1323

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。

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 安中市松井田町高梨子 1491-1
事業者(法人)名 松井田町在宅介護支援センター
代表者職・氏名 茂木 達也 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

署名代行者(又は法定代理人)
住所
本人との続柄
氏名 印

身元引受人 住所
氏名 印