

介護予防・日常生活支援総合事業

第一号訪問事業契約書別紙（兼重要事項説明書）

1. 事業者（法人）の概要

| | |
|------------|------------------------------|
| 事業者(法人)の名称 | 有限会社 日和 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒661-0047 尼崎市西昆陽1丁目31-22-201 |
| 代表者(職・氏名) | 取締役 横山玲子 |
| 電話番号 | 06-4962-5001 |

2. ご利用事業所の概要

| | | |
|-------------|------------------------------|------------|
| ご利用事業所の名称 | ケアセンター ひより | |
| サービスの種類 | 介護予防訪問介護相当サービス | |
| 事業所の所在地 | 〒661-0047 尼崎市西昆陽1丁目31-22-201 | |
| 電話番号 | 06-4962-5002 | |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成18年 3月 1日指定 | 2873004457 |
| 管理者の氏名 | 中川 和也 | |
| 通常の実施地域 | 尼崎市 | |

3. 事業の目的と運営の方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 要支援状態等である利用者が、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、介護予防訪問介護相当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、利用者の要支援状態等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

第一号訪問事業は、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31日から1月3日)及びお盆(8月13日から8月15日)を除きます。 |
| 営業時間 | 午前9時から午後6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、24時間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 6人、 非常勤 8人 |
| 実務者研修終了 | 常勤 1人、 非常勤 0人 |
| 初任者研修終了 | 常勤 1人、 非常勤 5人 |
| 事務員 | 常勤 2人、 非常勤 0人 |

以上は主な職員の配置状況です。

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 | 石田 由加 |
|--------------|-------|

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) 第一号訪問事業の利用料

【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 | 基本単位数 (1月あたり) | 利用者負担 (1割) | 利用者負担 (2割) |
|--------------|---------------------------|------------------|------------|---------------|
| 訪問型サービス Ⅰ | 週1回程度の訪問型サービスが必要とされた者 | 1058 | 1132 | 2264 |
| 訪問型サービス Ⅱ | 週2回程度の訪問型サービスが必要とされた者 | 2114 | 2262 | 4524 |
| 訪問型サービス Ⅲ | 週2回を超える程度の訪問型サービスが必要とされた者 | 3354 | 3588 | 7177 |

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。

【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(1月につき) | | |
|------------------|--|------------|---------------|---------------|
| | | 単位数 | 利用者負担 (1割) | 利用者負担 (2割) |
| 初回加算 | 新規の利用者へサービス提供した場合 | 200 | 2140 | |
| 生活機能向上 連携加算 | 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と同行し、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 | Ⅰ 100 | 1070 | |
| | | Ⅱ 200 | 2140 | |
| 介護職員処遇 改善加算Ⅰ口 | | 28.7% | | |

【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 |
|----------------------|---|--------|
| 訪問型独自サービス 同一建物減算Ⅰ | 事業所と同一敷地内の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 | 10% 減算 |

(2) 支払い方法

上記(1)の利用料(利用者負担金)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。

| 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。 |
| 銀行振り込み | サービスを利用した月の翌月の日(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。 池田泉州銀行 伊丹支店 普通口座 00018421 |
| 現金払い | サービスを利用した月の翌月の15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。

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等及び管轄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 06-4962-5002 担当: 橋本 芳江 |
|---------|--------------------------------|

(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 | 武庫西包括支援センター | 電話番号 06-6438-3955 |
| | 武庫東包括支援センター | 電話番号 06-4962-5308 |
| | 尼崎市健康福祉部介護保険課 | 電話番号 06-6489-6343 |

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等又は当事業所の担当者へご連絡ください。

1 3. 身体拘束等原則禁止について

(1)事業者(運営法人を含む)は、サービス提供にあたっては、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為(以下「身体拘束等」という。)を行いません。

(2)事業者(運営法人を含む)は、緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記録します。

1 4. ハラスメント対策

(1)事業者(運営法人を含む)は、適切な訪問介護サービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための指針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。

(2)パワーハラスメント指針においては、顧客からの著しい迷惑行為(カスタマーハラスメント)の防止の為、適切な対応をするために必要な体制の整備を行います。

1 4. 緊急時の対応

緊急時(意識不明、呼吸停止、心肺停止であることを発見した場合とする。)には、危険の除去や救急隊への連絡等、①～③のとおり可能な限りの初動を行うかまたは訪問介護事業所に指示を行いますが、基本的には、ご利用者様のかかりつけの医師もしくは医療機関へ連絡を行い、または救急機関への連絡を行うことを緊急時対応とします。

① 事象発生

② 現状確認・医師、救急隊へ連絡

③ 初期対応:医師の指示に従い行動します。

※なお、介護職員及び介護支援専門員は、医療行為を行えません。そのため、緊急時には現状を確認し、医療機関へ報告することまでを主たる初期対応とさせていただきますので、ご了承ください。

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 尼崎市西昆陽1丁目31-22-201

事業者(法人)名 有限会社日和 ケアセンターひより

代表者職・氏名 横山 玲子 印

説明者職・氏名 石田 由加 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

氏名 印

本人との続柄