

**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）①**

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	株式会社 ケアフィールドかがやき
主たる事務所の所在地	〒372-0005 伊勢崎市乾町109-3
代表者（職名・氏名）	代表取締役 高澤 栄絵
設立年月日	平成23年6月2日
電話番号	0270-27-5010

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	株式会社 ケアフィールドかがやき	
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	〒372-0005 伊勢崎市乾町109-3	
電話番号	0270-27-5010	
指定年月日・事業所番号	平成28年4月1日指定	107042548
管理者の氏名	大谷 幸恵	
通常の事業の実施地域	伊勢崎市	

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、介護保険法その他の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。

身体介護	利用者の身体に直接接觸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	月曜日から土曜日まで 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。相談には応じます。
営業時間	午前8：30 から午後5：30 まで

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 4人、 非常勤 1人
ヘルパー2級及び初任者研修	常勤 0人、 非常勤 6人
実務者研修	常勤 0人、 非常勤 2人
	常勤 0人、 非常勤 0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(独自)Ⅰ (1ヶ月につき)	週1回程度の訪問型サービス(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(独自)Ⅱ (1ヶ月につき)	週2回程度の訪問型サービス(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(独自)Ⅲ (1ヶ月につき)	週2回を超える程度の訪問型サービス(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。

【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時に責任者が同行し又は支援に訪問した場合	2,000円	200円	400円	600円	
生活機能向上連携加算 (1ヶ月につき)	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	-	-	-	-	
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)※	介護職員の処遇改善に関して、決められた内容の処遇改善計画を立てている場合	22.4%	所定単位数 × 22.4%			
高齢者虐待防止措置は基準型を算定しています。						

(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(1)及び(2)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、現金払いの場合は引き換え、口座引き落としは翌月の請求書と同封にて送付、振込みは確認が取れ次第送付いたします。

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20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。振込口座は別途お知らせいたします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の20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。

（3）キャンセル料の発生について

サービス当日の8:30までにご連絡いただければ、キャンセル料は発生しません。

ヘルパー訪問時に在宅されていない場合は、1回分相当利用料の10割分を請求させて頂きます。

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 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伊勢崎市等へ連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

1 1. 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 0270-27-5010 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	所在地	電話番号
高齢者相談センター 南・茂呂	市役所本館1階 今泉町二丁目410	0270-27-2745
高齢者相談センター 北・三郷	美原診療所内 大手町1-1	0270-27-4548
高齢者相談センター 殖蓮	特別養護老人ホーム ロータスヴィレッジ内 豊城町2780-2	0270-27-5039
高齢者相談センター 宮郷	モスバーガー駐車場南西 連取町528-1	0270-23-6100
高齢者相談センター 名和	恵風荘デイサービスセンター内 堺塚町11	0270-20-7575
高齢者相談センター 豊受	特別養護老人ホームゆたか内 馬見塚町1196-1	0270-27-7703
高齢者相談センター 赤堀	介護老人保健施設旭ヶ丘内 間野谷町135-1	0270-63-1500
高齢者相談センター 東	大井戸診療所西側 三室町4014-20	0270-75-5966
高齢者相談センター 境	鶴谷病院（別館西棟） 境百々421	0270-74-8039

1 2. 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。

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 伊勢崎市乾町 109-3

事業者名 株式会社ケアフィールドかがやき

代表取締役 高澤 栄絵

印

説明者・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、控えの交付を受けました。
また、この文書が契約書及び個人情報の使用に係る同意書別紙（一部）となることについて
も同意します。

令和 年 月 日

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

続柄（_____）

御家族代表者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

個人情報の使用に係る同意書(別紙)

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新並びに変更のため
- (2) 後契約者に関わる介護計画(ケアプラン)を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- (4) ご契約者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) ご契約者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) 利用の有無、利用時の様子に関する家族等（三親等内）からの問い合わせの場合（但し、氏名・住所・続柄・電話番号を伺えた場合に限る。）
- (8) その他サービス提供で必要な場合
- (9) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。又、ご契約者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、本人又はご家族代表者から請求があれば開示する。