

# 訪問介護・介護予防訪問介護

## 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、厚生労働省令の規定に基づき、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	有限会社アットイーズ
主たる事務所の所在地	〒386-0027 上田市常磐城6-1-20
代表者（職名・氏名）	代表取締役 落合 良晴
設立年月日	平成14年10月16日
電話番号	0268-29-0096

### 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	訪問介護あつとイーズ上田
サービスの種類	訪問介護
事業所の所在地	〒386-0027 上田市常磐城6-1-19
電話番号	0268-29-0096
指定年月日・事業所番号	平成25年5月1日指定
管理者の氏名	
通常の事業の実施地域	上田市

### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は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、居宅サービス又は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	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（又は介護予防訪問介護）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
③ 通院等のための乗車又は降車の介助	通院や外出のため、訪問介護員等が運転する車両への乗車又は降車の介助とあわせて、乗車前もしくは降車後の屋内外における移動等の介助や、通院先もしくは外出先での受診等の手続きや移動等の介助を行います。 (ただし、介護予防訪問介護については、当該サービスは対象外です。)

## 5. 営業日時

営業日	月曜日から日曜日
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで 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	人、	非常勤	人
介護職員基礎研修課程 修了者	常勤	人、	非常勤	人
訪問介護員養成研修1級課程 修了者	常勤	人、	非常勤	人
訪問介護員養成研修2級課程 修了者	常勤	人、	非常勤	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。

## (1) 訪問介護の利用料

### 【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 (=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
生活援助 中心型	20分未満		
	30分以上45分未満	1,790円	179円
	45分以上	2,200円	220円
通院等のための 乗車又は降車の介助	970円	97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、超えた額的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。

### 【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
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
生活機能向上連携 加算	サービス提供責任者が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)	1,000円	100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)	1,370円	137円
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	上記基本部分の25%	
	深夜(22時～翌朝6時)にサービス提供する場合	上記基本部分の50%	
特定事業所加算 I	当該加算の体制要件、人材要件及び重度要介護者等対応要件を満たす場合	上記基本部分の40%	

特定事業所加算Ⅱ	当該加算の体制要件及び人材要件を満たす場合	上記基本部分の20%
特定事業所加算Ⅲ	当該加算の体制要件及び重度要介護者等対応要件を満たす場合	上記基本部分の10%
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	上記基本部分と各種加算減算の合計の24.5%
介護職員処遇改善加算Ⅱ ※		上記基本部分と各種加算減算の合計の22.4%
介護職員処遇改善加算Ⅲ ※		上記基本部分と各種加算減算の合計の18.2%
介護職員処遇改善加算Ⅳ ※		上記基本部分と各種加算減算の合計の14.5%
特別地域訪問介護加算 ※	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月あたりの延べ訪問回数が200回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へのサービス提供減算	当事業所と同一建物に居住する利用者に対してサービス提供する場合。提供割合90%以上	上記基本部分の12%

## (2) 介護予防訪問介護の利用料

### 【基本部分】

サービスの内容 ※身体介護及び生活援助のみ (1月あたり)	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金 (=基本利用料の1割) ※(注2)参照
介護予防訪問介護費Ⅰ 1週間に <u>1回程度</u> の介護予防訪問介護が必要とされた場合	11,760円	1,176円
介護予防訪問介護費Ⅱ 1週間に <u>2回程度</u> の介護予防訪問介護が必要とされた場合	23,490円	2,490円
介護予防訪問介護費Ⅲ 1週間に <u>3回程度以上</u> の介護予防訪問介護が必要とされた場合 (要支援2の利用者のみ対象)	37,270円	3,270円

(注1) 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。

### 【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
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	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	上記基本部分と各種加算減算の合計の24.5%	
介護職員処遇改善加算Ⅱ ※		上記基本部分と各種加算減算の合計の22.4%	
介護職員処遇改善加算Ⅲ ※		上記基本部分と各種加算減算の合計の18.2%	
介護職員処遇改善加算Ⅳ ※		上記基本部分と各種加算減算の合計の14.5%	
特別地域介護予防訪問介護加算 ※	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へのサービス提供減算	当事業所と同一建物に居住する利用者に対してサービス提供する場合。提供割合90%以上	上記基本部分の12%

### (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、介護予防訪問介護は、利用料が月単位の定額のため、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	利用者負担金の50%の額

利用予定日の当日	利用者負担金の100%の額
----------	---------------

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

#### (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、お支払いの方法により、利用料受領後に差し上げます。(口座引き落とし、銀行振込は翌月。現金払いは当日。)

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17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 支店 普通・総合 口座
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、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 八十二銀行 上田支店 普通口座 1302557 有限会社アットイーズ
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、当事業所下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0268-29-0096 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	上田市高齢者介護課	電話番号 0268-23-5140
	長野県国民健康保険団体連合会	電話番号 026-238-1555

#### 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

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。

### 13. 虐待の防止に関する事項

虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じることとする。

虐待を防止するための従業者に対する研修の実施

利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備

その他虐待防止のために必要な措置

サービス提供中に、当該センター従業員または、養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとする。

### 14. 業務継続計画

業務継続計画（BCP）の策定等にあたって、感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続してサービスの提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施するものとする。

### 15. 衛生管理

感染の予防及び蔓延防止に努め、感染防止に関する会議等においてその対策を協議し、対応指針等を作成し掲示を行う。また、研修会や訓練を実施し、感染対策の資質向上に努める。

### 16. 就業環境の確保

適切な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または優越的關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、従業者の就業環境を害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

### 17. 第三者評価の実施状況

( 有 ・ 無 ) 直近の実施年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

### 18. 秘密保持及び個人情報の保護

- ・ 正当な理由がない限り職員は、業務上知り得た利用者その家族等に関する秘密を第三者に漏らしません。
- ・ 利用者及び家族の個人情報をサービス担当者会議や医療との連携時などにおいて用いる場合は、利用者及び家族に予め文書で同意を得ない限りその個人情報を用いません。
- ・ この守秘義務は契約終了後においても同様です。

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	長野県上田市常磐城6-1-20		
	事業者(法人)名	有限会社アットイーズ		
	代表者職・氏名	代表取締役	落合良晴	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

立会人	住所	
	氏名	印