

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（相当訪問型サービス）契約書別紙（兼重要事項説明書）

様 に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者が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	社会福祉法人 ルストホフ志木
主たる事務所の所在地	〒353-0004 埼玉県志木市本町2-10-50
代表者（職名・氏名）	理事長 西川留美加
電 話 番 号	048-473-3000

2. 事業所の概要

ご利用事業所の名称	訪問介護事業所 ブロン
サービスの種類	第1号訪問事業（相当訪問型サービス）
事業所の所在地	〒353-0004 埼玉県志木市本町2-10-50
電 話 番 号	048-474-5511
事業者の番号	1172200089
管理者の氏名	手島里美
通常の事業の実施地域	志木市（この地域以外の方でも、ご希望の方はご相談ください）

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は基準該当状態にある高齢者が、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、相当訪問型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、利用者が要支援状態となることの予防、要支援状態の維持若しくは軽減又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（相当訪問型サービス）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。

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	月曜日から金曜日まで(祝日、12月31日から1月3日を除く)
営業時間	月曜日～金曜日 午前8時30分から午後5時30分
サービス提供時間	午前8時00分から午後6時00分まで それ以外の時間帯についてはご相談に応じます。

6. 事業所の職員体制

訪問介護員の職種	勤務の形態・人数
管理者	常勤 1名（兼務）
サービス提供責任者	常勤 1名以上
介護福祉士・初任者研修修了者等	15名以上

7. サービス提供責任者

事業所のサービス提供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	浦野 靖子
--------------	-------

8. 利用料

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりです。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記載のとおり基本利用料の1割～3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（相当訪問型サービス）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)
1週当たりの標準的な回数を定める場合(1月につき)					
訪問型サービス	週1回程度のサービスが必要とされた場合	12,747円	1,275円	2,550円	3,825円
	週2回程度のサービスが必要とされた場合	25,463円	2,547円	5,093円	7,639円
	週2回を超える程度のサービスが必要とされた場合	40,400円	4,040円	8,080円	12,120円

上記の基本利用料は、志木市が定める金額です。金額の改定があった場合は、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	新規に個別サービス計画を作成した利用者に対してサービス提供責任者が初回にサービスを提供した場合等	2,168円	217円	434円	651円
生活機能向上 連携加算Ⅰ (1月につき)	サービス提供責任者が、予防訪問リハビリテーション事業所等の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした個別サービス計画を作成し、サービス提供した場合	1,084円	109円	217円	326円
生活機能向上 連携加算Ⅱ (1月につき)	利用者に対して、予防訪問リハビリテーション事業所等の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、予防訪問リハビリテーション等の一環として利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行	2,168円	217円	434円	651円

	する等により、利用者の身体 の状況等の評価を共同して行い、 かつ、生活機能の向上を目的と した個別サービス計画を作成 し、サービス提供した場合				
介護職員等処遇 改善加算Ⅰロ※	当該加算の算定要件を満たす 場合	ⅠまたはⅡ のどちらかを 算定	上記基本部分と各種加算 減算の合計 28.7%		
介護職員等処遇 改善加算Ⅱロ※	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 26.6%		

(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、上記の額を減算します。

減算の種類	減算の要件	減算額
同一建物減算	事業所と同一建物等に居住する利用者又は1月当 たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する 建物の利用者にサービスを行う場合	上記基本部分 10%
高齢者虐待防止措置 未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が なされていない場合	上記基本部分 1/100
業務継続計画 未実施減算	業務継続計画を策定し、当該計画に従い必要な措置 がなされていない場合(令和7年4月1日から)	上記基本部分 1/100

(2) 交通費について

前述2の通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、サービス従業者がお尋ねするための交通費の
実費をいただきます。

- ① 通常の事業の実施地域を越える地点から 片道2キロ以上～5キロ未満
200円/回
- ② 通常の事業の実施地域を越える地点から 片道5キロ以上 500円/回

(3) その他

- ① サービスを提供するために使用する水道、ガス、電気、電話等の費用はご利用
者及び支払責任者の負担になります。
- ② 通院などで交通機関を利用した場合、サービス従業者の交通費はご利用者及
び支払責任者の負担になります。

(4) キャンセルについて

第1号訪問事業(相当訪問型サービス)は、利用料が月単位の定額制のため、キ
ャンセル料は不要とします。また、営業日前日までにご連絡をいただいた場合は必
要に応じて振替対応をいたします。ただし、当日のご連絡の場合は振替できません。

(5) 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、月末締めとし、翌月15日頃に請求いたしますので、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、お支払い確認後に発行させていただきます。

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28日(祝休日の場合は直後の平日)に、引き落としさせていただきます。所定のお手続きが必要です
銀行振り込み	請求を受けた日から2週間以内に、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。振込手数料はご利用者及び支払責任者の負担とさせていただきます。 埼玉県そな銀行 志木支店 普通口座 3645883 理事長 西川 留美加
現金払い	請求を受けた日から2週間以内に、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、速やかに下記の緊急連絡先及び救急隊等へ連絡を行う等、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) ①	氏名 (利用者との続柄)	()
	電話番号	
緊急連絡先 (家族等) ②	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、担当の地域包括支援センター(又は介護支援専門員)及び志木市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。天変地異等不可抗力による場合を除き、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。但し、当該事故の発生につき利用者側に過失がある場合は損害賠償の額を減じることができます。

当事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	損害保険ジャパン(株)
保 険 名	賠償責任保険

1 1. 虐待の防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 当該事業所従業者またはご家族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は、速やかに、これを市町村に通報します。

1 2. 衛生管理等

- (1) 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- ①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

1 3. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 4. 秘密保持と個人情報の保護について

事業者及びその従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者、利用者の家族、利用者代理人及び支払責任者の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。

15. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談、要望は、当事業所の下記の窓口までお申し出ください。

事業所の苦情・ 相談窓口	電話番号	048-474-5511
	管理者	手島里美
	受付時間	9:00~17:00

(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	志木市役所長寿応援課	電話	048-473-1348
	富士見市	電話	042-477-2711
	埼玉県国民健康保険団体連合会	電話	048-824-2568
	埼玉県運営推進適正化委員会	電話	048-822-1243
	第三者委員 神谷 敏弘 工藤 貴宣	電話	090-2146-3528 電話

(3) 苦情申出に対する手順

- ① 苦情の受付、内容の確認・記録
- ② 施設長・第三者委員への報告
- ③ 話し合いによる解決への努力（必要に応じて第三者委員の立会・助言の要請）
- ④ 改善・解決までの経過と結果の記録
- ⑤ 第三者委員への報告

16. 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。

17. 第三者評価の実施

第三者の評価 の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	令和 年 月 日		
		評価期間名称			
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	<input checked="" type="checkbox"/> なし				

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	埼玉県志木市本町2-10-50
	事業者(法人)名	社会福祉法人ルストホフ志木
	代表者	理事長 西川 留美加
	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。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印 (自署)

利用者との続柄 _____

支払責任者 住所 _____

氏名 _____ 印 (自署)

利用者との続柄 _____