

# 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

### 1. 事業者(法人)の概要

事業者(法人)の名称	株式会社 リゾートテラス
主たる事務所の所在地	〒414-0006 静岡県伊東市松原639-15
代表者(職名・氏名)	代表取締役 大川 晴央
電話番号	0557-35-1155

### 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ふくだるま伊東
サービスの種類	訪問型独自サービス 訪問型サービスA
事業所の所在地	〒414-0005 伊東市松原湯端町3-10
電話番号	0557-38-3090
指定年月日・事業所番号	平成 31年 4月 1日指定
管理者の氏名	山平 美沙
通常の事業の実施地域	伊東市
第三者評価の実施の有無	無し

### 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	月曜日から日曜日まで
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで サービス提供時間 24時間行う。営業日、営業時間、サービス提供時間のほか、電話連絡により24時間常時連絡が可能な体制とする

#### 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 1人 非常勤 3人
ヘルパー2級修了者・初任者研修修了者	常勤 0人 非常勤 10人
実務者研修修了者	常勤 1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	山平 美沙
--------------	-------

## 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割から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)
訪問型独自サービス11	週1回程度の訪問型サービスが必要とされた者	月額 11,760円	月額 1,176円	月額 2,352円	月額 3,528円
訪問型独自サービス12	週2回程度の訪問型サービスが必要とされた者	月額 23,490円	月額 2,349円	月額 4,698円	月額 7,047円
訪問型独自サービス13	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	月額 37,270円	月額 3,727円	月額 7,454円	月額 11,181円
訪問型独自サービス21	日割り(1ヶ月の中で12回まで)	1回 2,870円	1回 287円	1回 574円	1回 861円
訪問型独自サービス22	日割り(生活援助が中心) 所要時間20分以上45分未満	1回 1,790円	1回 179円	1回 358円	1回 537円
訪問型独自サービス23	日割り(生活援助が中心) 所要時間45分以上	1回 2,220円	1回 220円	1回 440円	1回 660円
訪問型独自短時間サービス	短時間の身体介護が中心である場合	1回 1,630円	1回 163円	1回 326円	1回 489円
訪問型サービスA	週1回程度の訪問型サービスが必要とされた者	一回 1,610円 月4回超えた場合 10,580円	161円/回 1,058円/月	322円/回 2,116円/月	483円/回 3,174円/月
訪問型サービスA	週2回程度の訪問型サービスが必要とされた者	一回 1,980円 月8回超えた場合 19,800円	198円/回 1,980円/月	396円/回 3,960円/月	594円/回 5,940円/月

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。

### キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金を頂きます。キャンセルが必要になった場合は、至急ご連絡ください。

利用日の前営業日の正午までにご連絡をいただいた場合	無 料
連絡が遅れた場合またはご連絡をいただかなかった場合	一律 1,000 円

※ ただし、利用者の病変・急な入院・施設入所など、やむを得ない事情による中止の場合にはキャンセル料はいただきません。

### 【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)		
		基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
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	1,000 円	100 円	200 円
介護職員処遇 改善加算(Ⅰ) ※		所定単位数の 224%		

(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。

訪問型独自サービスのみ算定となります。

### 【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	減算率
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知容赦20人以上にサービスを行う場合	同一建物に居住する利用者の減算	10%
介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者配置している場合	該当なし	

## (2) 支払い方法

上記(1)の利用料(利用者負担金)は、1か月ごとにまとめて請求しますので、当月末日までにお支払ください。お支払方法は、現金払い、預貯金口座自動引き落としのいずれかの方法を契約時に選べます。

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、発行いたします。

## 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伊東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 0557-38-3090 担当:山平美沙
---------	------------------------------

(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	伊東市高齢者福祉課	電話番号 0557-32-1561
	静岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課	電話番号 054-253-5590

### 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、あらかじめご了承ください。

- 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。

# 介護予防・日常生活支援総合事業

## 指定第1号訪問事業提供同意書①

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

事業者(法人)名 株式会社リゾートテラス

代表者職・氏名 代表取締役 大川晴央 印

説明者職・氏名 管理者兼サービス提供責任者 山平美沙 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