

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業契約書（兼重要事項説明書）

利用者に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者が利用者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	社会福祉法人 佐渡ふれあい福祉会
主たる事務所の所在地	〒952-1209 新潟県佐渡市千種58番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 越渡 佳弘
電 話 番 号	0259-63-2300

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	介護サービスセンターふれあい館	
サービスの種類	訪問型サービス(独自)	
事業所の所在地	〒952-1209 新潟県佐渡市千種58番地1	
電 話 ・ FAX番号	0259-63-2300 / 0259-63-3180	
指定年月日・事業所番号	平成30年4月1日指定	1572200853
管 理 者 の 氏 名	本間 明美	
通常の事業の実施地域	佐渡市	

(3)出張所の名称

名 称	介護サービスセンターふれあい館 南佐渡サテライト
所 在 地	〒952-0504 新潟県佐渡市羽茂本郷190番地1
電 話 ・ FAX番号	TEL 0259-88-3660 / FAX 0259-88-3660
名 称	介護サービスセンターふれあい館 高千の里サテライト
所 在 地	〒952-2214 新潟県佐渡市高千1048番地1
電 話 ・ FAX番号	TEL 0259-61-6100 / FAX 0259-63-6101

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、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、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改善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

訪問型サービスは、訪問介護員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行うサービスです。

5. 契約期間

この契約期間は、令和____年____月____日から利用者の要支援認定の有効期間満了までとします。但し、契約満了費の7日前までに、利用者から事業所に対して、文章等により契約終了の申出が無い場合は、契約を自動更新致します。

6. 営業日時

営業日	日曜から土曜日
営業時間	午前8時30分から午後6時00分（但し、ケアプランにより、時間外も対応します。）

7. 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計	備考
管理者	介護福祉士	1人	—	1人	常勤兼務
サービス提供責任者	介護福祉士	4人以上	—	4人以上	専従
訪問介護員	介護福祉士	4人以上	1人以上	3人以上	うち1人常勤で兼務
	2級ヘルパー	1人以上	1人以上	2人以上	

8. 管理者及びサービス提供責任者

事業所の管理者及びサービス提供責任者は下記のとおりです。

管理者	本間 明美
サービス提供責任者の氏名	本間明美、名畑京子、豊岡いずみ、金子雅子、伊藤美希

9. 利用料

利用者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、利用者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記載のとおり基本利用料の1割又は2割又は3割の額です。

（１）訪問型サービスの利用料

イ １週当たりの標準的な回数を定める場合（１ヵ月につき）

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	週１回程度のサービス が必要とされた場合 （事業対象者・要支援１・２）	１１，７６０円	１，１７６円	２，３５２円	３，５２８円
訪問型サービス （独自）Ⅱ	週２回程度のサービス が必要とされた場合 （事業対象者・要支援１・２）	２３，４９０円	２，３４９円	４，６９８円	７，０４７円
訪問型サービス （独自）Ⅲ	週２回を超える程度の サービスが必要とされた場合 （事業対象者・要支援２）	３７，２７０円	３，７２７円	７，４５４円	１１，１８１円

ロ １月当たりの回数を定める場合（１回につき）

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	週１回程度のサービス が必要とされた場合	２，８７０円	２８７円	５７４円	８６１円
訪問型サービス （独自）Ⅱ-１	生活援助が中心である場合 所要時間が20分以上45分未 満の場合	１，７９０円	１７９円	３５８円	５３７円
訪問型サービス （独自）Ⅱ-２	生活援助が中心である場合 所要時間が45分以上の場合	２，２００円	２２０円	４４０円	６６０円
訪問型サービス （独自）Ⅲ	短時間の身体介護が中心で ある場合	１，６３０円	１６３円	３２６円	４３９円

上記の基本利用料は、佐渡市が告示で定める訪問型サービス費の金額に相当する金額であり、訪問型サービスの金額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)
特別地域加算	離島等国が定めた地域でサービスを提供した場合	基本利用料に15%加算されます			
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	2,000円	200円	400円	600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、共同して利用者の身体の状態等を評価した上、生活機能向上を目的とした個別サービス計画を作成し、理学療法士等と連携してサービス提供した場合	1,000円	100円	200円	300円
生活機能向上 Ⅱ 連携加算 (1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、共同して利用者の身体の状態等を評価した上、生活機能向上を目的とした個別サービス計画を作成し、理学療法士等と連携してサービス提供した場合 (リハビリテーションを実施している医療施設の専門職・医師も可能となりました。)	2,000円	200円	400円	600円
口腔連携強化 加算 (1月につき)	事業所の従業員が、口腔の健康状態の評価を実施し、利用者の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合	500円	50円	100円	150円
介護職員等処 遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たす場合	所定単位数の245/1,000単位			
介護職員等処 遇改善加算Ⅱ	当該加算の算定要件を満たす場合	所定単位数の224/1,000単位			
介護職員等処 遇改善加算Ⅲ	当該加算の算定要件を満たす場合	所定単位数の182/1,000単位			
介護職員等処 遇改善加算Ⅳ	当該加算の算定要件を満たす場合	所定単位数の145/1,000単位			

【減算部分】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額
高齢者虐待防止未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合	1ヶ月の所定単位数 の1.0%
業務継続計画未実施減算	感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するための業務継続計画が未策定の場合	1ヶ月の所定単位数 の1.0%

10. キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、速やかに次の連絡先までご連絡ください。

☆介護サービスセンターふれあい館

連絡先（電話） 0259(63)2300

担当者：本間 明美・名畑 京子・豊岡 いずみ・金子 雅子・伊藤 美希

- (2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。当日キャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承ください。（但し、利用者の容態の急変等、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。）

- (3) キャンセル料は、利用者負担金の支払いに合わせてお支払いいただきます。

訪問介護サービス

連絡の時間	キャンセル料	備考
サービス利用日の前々日まで	無料	
サービス利用日の前日まで	無料	
サービス利用日の当日	利用者負担金の100%	

11. 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	

12. 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）及び佐渡市等へ連絡を行うと

ともに、必要な措置を講じます。

1 3. 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 0259-63-2300 面接場所 当事業所の相談室 苦情受付時間 事業所の営業日及び営業時間に同じ 対応者 本間明美・名畑京子・豊岡いずみ・金子雅子・伊藤美希
---------	--

(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	佐渡市介護保険担当窓口	電話 0259-63-3790
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話 025-285-3022

1 4. 第三者による評価の実施状況等

第三者による評価の 実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	(2) なし		

1 5. 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。

1 6. 利用者負担金およびその滞納等

利用者のこの契約に関わる利用者負担金は、「介護予防訪問介護サービス及び訪問介護サービス内容兼重要事項説明書」に記載するとおりです。

なお、利用者負担金は関係法令に基づいて決められているものであるため、契約期間中にこれが変更になった場合は、関係法令に従って改定後の金額が適用されます。

- 2. 利用者が、正当な理由なく事業者を支払うべき利用者負担金を2ヶ月分以上滞納した場合には、事業者は、1ヶ月以上の期間を定めて、期間満了までに利用料を支払わない場合には、契約を解約する旨の通告をすることができます。
- 3. 前項の通告をしたときは、事業者は、介護予防サービス・支援計画又は居宅サ

ービス計画（これ以降「居宅サービス計画」といいます）を作成した介護予防支援事業者又は居宅介護支援事業者（これ以降「居宅介護支援事業者」といいます）と協議し、利用者の日常生活を維持する見地から、居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用等について必要な調整を行うよう要請するものとします。

4. 事業者は、前項に定める調整の努力を行い、かつ第2項に定める期間が満了した場合には、この契約を文書により解除することができます。

17. 利用者負担金の納入

前条に定める利用者負担金の支払いについては、月末締切の翌月に、原則として契約者（または代理人）名義の貯金口座（貯金口座振替依頼書に基づく）から口座振替させていただきます。

2. 振替日は、口座振替する金融機関ごとに事業者が定めた日（15日又は20日）とし、その定めた日が休日の場合は、翌営業日とします。
3. 前項に定める引き落としに要する料金については、事業者が負担いたします。
4. 利用者負担金の受領にかかる領収書については、振替月の翌月に、翌月の利用料請求書とともにお届けいたします。

18. 利用者の解約権

利用者は、1週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

2. 事業者のサービス提供にあたり、著しく不信行為があった場合は、前項の規定にかかわらず契約を解約することができます。

19. 事業者の解約権

事業者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、文書により2週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

- (1) 利用者、利用者の家族等が故意に法令違反又はハラスメントと認められる行為など各種サービス提供を阻害する行為、その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達成することが著しく困難となった場合
- (2) 15の規定4項に該当する場合
2. 事業者が契約を解約する場合は、その理由を記載した文書を利用者に示すことで、この契約を解約することができます。この場合、事業者は、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成した居宅介護支援事業者にその旨を連絡します。

20. 契約の終了

この契約は、次のいずれかの事由が発生した場合は、終了するものとします。

- (1) 17の規定により、利用者から解約の意思表示がされ、予告期間が満了したとき。
- (2) 18の規定により、事業者から契約解約の意思表示がされたとき。
- (3) 次の事由に該当することにより、サービスの提供ができなくなったとき。
 - ①利用者が介護保険施設に入所したとき。
 - ②利用者の要介護認定区分が、要介護又は非該当（自立）と認定されたとき。
 - ③利用者が死亡したとき。

21. 損害賠償

事業者は、サービスの提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。但し、利用者又は家族等の自らの責めに帰すべき事由による場合には、この限りではありません。

2.2. 守秘義務及び個人情報保護並びに個人情報の利用目的

事業者及び事業者の従業員は、サービスを提供するうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密・個人情報については、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、漏らしません。

2. 前項の規定にかかわらず事業者は、居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、地域包括支援センター、又は介護支援専門員と事業者との連絡調整会議、行政や他のサービス事業者との連絡調整、並びに介護保険事務に関わる佐渡市や国民健康保険団体連合会から求められる照会等での回答に必要な場合、及び利用者が医療機関に受診をする際に、医療機関に情報提供が必要な場合は、利用者の個人情報を必要最小限の範囲内で使用します。

利用者家族の個人情報を用いる場合は、家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、家族の個人情報は用いません。但し、事業者は法律に基づく通報をなす事ができるものとし、この場合、事業者は秘密保持義務違反の責任は負わないものとしします。

3. 前項に規定する以外の第三者に個人情報を提供することができるのは、外部監査機関や評価機関等への正当な理由がある場合を除いては、事前に利用者の同意を得た場合に限るものとしします。
4. 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。
5. 個人情報を使用した会議、相手方、内容等に関しては経過を記録します。

2.3. 事故発生時の対応

事業者は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、居宅介護支援事業者、必要により佐渡市等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

2. 事業者は、事故が発生した場合はその原因を解明し、再発防止対策を講じます。
3. 事業者は、利用者に対するサービス提供により発生した事故等により利用者の生命、身体、財産等に損害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償します。但し、事業者の故意又は過失によらない場合は、この限りではありません。

2.4. 苦情対応

利用者は、提供されたサービスに関して苦情がある場合、又は事業者が作成した「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づいて提供された居宅サービスに苦情がある場合には、事業者、佐渡市又は国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

2. 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにするとともに、苦情の申立て又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。

また、利用者が苦情申立て等を行ったことを理由として、何らの不利益な取扱いをすることはありません。

3. 事業者の苦情相談窓口は、重要事項説明書のとおりです。
4. 事業者は、苦情の申立てがあった場合は、次の手順によりその解決を図ります。
 - ①利用者や従事者からの事情聴取等により、事実関係を把握します。

- ②苦情に係る問題点を把握し、対応策を検討したうえで必要な改善を行います。
 - ③利用者に対し、調査結果や講じた措置の内容について、納得が得られるよう説明します。なお、必要に応じて概要を記した文書を添えることとします。
5. 事業者は、苦情の処理に際しては、必要に応じて、佐渡市又は国民健康保険団体連合会へその概要について報告し、適切な対応について指示を仰ぎます。

2 5. 訪問型サービス計画等

- 事業者は、利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、利用者の「居宅サービス計画」に沿って「訪問型サービス計画」を作成し、これに従って計画的にサービスを提供します。「訪問型サービス計画」を作成した場合は、利用者に説明し同意を得たうえで交付します。
- 2. 事業者は、利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合で、その変更が「居宅サービス計画」の範囲内で可能なときは、速やかに「第1号訪問事業計画」の変更等の対応を行います。
 - 3. 事業者は、利用者が「居宅サービス計画」の変更を希望する場合は、速やかに居宅介護支援事業者への連絡調整等の援助を行います。

2 6. サービス提供の記録等

- 事業者は、サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「サービス提供記録書」等の書面に必要事項を記入し、利用者の確認を受けることとします。
- 2. 事業者は、一定期間ごとにサービス提供の状況、目標達成の状況等について「サービス提供記録書」等の記録を作成します。
 - 3. 事業者は、「サービス提供記録書」等の記録を作成した後、その完結の日から5年間はこれを適正に保存し、利用者の求めに応じて閲覧に応じるとともに、利用者の実費負担によりその写しを交付します。

2 7. 虐待防止のための措置

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に上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及び設置
- ② 成年後見人制度の利用支援
- ③ 苦情解決体制の整備
- ④ 虐待の防止のための定期的な研修の実施
- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（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知します。

2 8. 契約外条項等

- この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重し、利用者と事業者の協議により定めます。
- 2. この契約書は、介護保険法に基づくサービスを対象としたものですので、利用者がそれ以外のサービスを希望する場合には、別途契約するものとします。

2 9. 合意管轄

この契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、新潟地方裁判所を管轄裁判所とすることに合意します。

30.その他

利用者は、次の「介護予防・日常生活総合事業 第1号訪問事業契約書別紙（兼重要事項説明書）」について事業者から説明を受け、同意するものとします。

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	新潟県佐渡市千種58番地1
事業者（法人）名	社会福祉法人佐渡ふれあい福祉会	
代表者職・氏名	理事長 越渡 佳弘	印
説明者職・氏名	サービス提供責任者	印

私は、上記事業者より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

私は、22の3項（守秘義務及び個人情報保護並びに個人情報の利用目的）に定める利用者の家族の個人情報の使用について、同意します。

家族代表	ご住所	
	お名前	印