

**介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業利用契約書別紙
兼重要事項説明書①**

あなた（利用者）が当事業所の提供する第1号訪問事業のサービスを利用される前に、当事業者が説明すべき重要事項及びその交付する書面は、次のとおりです。

1 事業者（法人）の表示

事業者（法人）の名称	株式会社リッツネス
主たる事務所の所在地	〒665-0035 宝塚市逆瀬川2丁目9番10号
代表者職名・氏名	代表取締役 森本 敬子
設立年月日	平成25年4月12日
連絡先・電話番号	0797-76-5307

2 サービスを提供する事業所の表示

事業所の名称	リッツネス	
サービスの種類	第1号訪問事業・介護予防訪問型サービス	
事業所の所在地	〒665-0035 宝塚市逆瀬川2丁目9番10号	
電話番号	0797-76-5307	
指定更新年月日・事業所番号	令和2年3月1日	2871103194
責任者の職・氏名	管理者 森本 敬子	
通常の事業の実施地域	宝塚市	

3 事業の目的・運営の方針

事業の目的	・利用者が、可能な限り居宅において、要支援状態又は要支援相当の状態の維持・改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる支援を行います。 ・以上の支援により、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します
運営の方針	・介護保険法その他関係法令、利用契約の定めに基づき、利用者の介護予防を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、目標を設定し、計画的に、常にサービスの質の改善を図りながら、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法による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・介護予防訪問型サービスは、訪問介護員等が利用者の居宅を訪問し、次表に掲げる日常生活上の世話をを行うサービスです。

身体介護	・①利用者の身体に直接接触して行う介助、②介助を行うために必要な準備・後始末、③日常生活を営むのに必要な機能の向上等のための介助・専門的な援助を行います。 (例) 排泄介助、食事介助、清拭(せいしき)・入浴、身体整容、部分浴、全身浴、洗面等、更衣介助、体位変換、移乗・移動介助、通院・外出介助、起床・就寝介助、服薬介助など
生活援助	・単身世帯の利用者、家族・親族と同居している利用者で当該家族等が障害・疾病等により家事を行うことが困難である場合において、日常生活を営むのに支障が生じないように、家事の援助を行います。 (例) 調理、洗濯、掃除、買い物など

5 営業日時

営業日	・基本月曜日から金曜日まで。(事業所事務所) ・ただし、国民の祝日、振替休日、年末年始(12月30日から1月3日まで)を除きます。
営業時間	・基本午前9時から午後5時まで。(事業所事務所) ・ただし、利用者のご希望に応じて、サービスの提供について、可能な限り調整致します。

☆気象等に関する事項

基本、兵庫県南東部において、注意報及び警報が発令されたとき、移動する介護員の安全を図るため、サービスを変更及び中止する場合があります。

6 事業所の職員体制

従業員の職種	勤務の形態・人数
サービス提供責任者	常勤 1人、
訪問介護員	常勤 2人、 非常勤 4人
訪問介護員のうち介護福祉士	常勤 1人、 非常勤 2人
訪問介護員兼事務職員	常勤 1人、

7 サービス提供責任者

サービスに関する責任者は、次のとおりです。サービスのご利用において、ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

サービス提供責任者の氏名	森本 敬子
--------------	-------

8 利用料・利用者負担

サービスを利用した場合にお支払いいただく料金（利用者負担）は、原則として、サービス費（利用料）の1割又は2割又は3割の額です。この負担割合は、保険者（宝塚市）が利用者の所得金額に応じて設定しており、「負担割合証」に記載されています。

なお、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用された場合、超えたサービス費は、介護保険の適用外となり、その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・介護予防訪問型サービスの利用料・利用者負担

【基本部分】

サービス名	内 容	基本利用料（月額）	利用者負担 （1割の場合）	利用者負担 （ 割）
訪問型独自サービスⅠ	週1回程度	12,994円	1,299円	円
訪問型独自サービスⅡ	週2回程度	25,956円	2,596円	円
訪問型独自サービスⅢ	週2回を超える程度	41,183円	4,119円	円

【加算】

・次表の「加算の要件」を満たす場合は、基本部分に「加算額」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（月額）	利用者負担 （1割の場合）	利用者負担 （ 割）
初回加算	新規の利用者に対し初回のサービスを提供する際に、サービス提供責任者が同行した場合	2,210円	221円	円
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)		基本部分・加算・減算の合計の18.2%		

（備考1）介護職員処遇改善加算は、区分支給限度額の算定対象から除外されます。

（備考2）各表の額が改定される場合は、改定後の額を書面でお知らせします。

（2）キャンセル料

第1号訪問事業・介護予防訪問型サービスは、事業者報酬が月単位の定額制であるため、キャンセル料のご負担はありません。

(3) 利用者負担の支払方法

利用者負担は、1 か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、利用者負担の領収書等は、支払いを受けた後、30 日以内に発行します。

支払方法	支払要件等
口座引き落とし	＜ゆうちょ銀行＞ サービスを利用した月の翌月の20日（祝休日の場合は直後の平日） ＜ゆうちょ銀行以外＞ サービスを利用した月の翌月の26日（祝休日の場合は直後の平日）
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、事業者が指定する次の口座へお振り込みください。 三井住友銀行 逆瀬川支店 普通口座4191687
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。

9 緊急時等の対応方法

(1) サービスを提供中に、利用者の体調や容体の急変その他の緊急事態が発生した場合は、次表の主治医や緊急連絡先（家族等）へ速やかに連絡するなど、必要な措置を講じます。

主治医	・医療機関の名称・医師名 ・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

(2) サービスの提供により事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、利用者の家族、担当の地域包括支援センター、宝塚市等へ速やかに連絡します。

10 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、次の相談窓口でお受けします。

事業所相談窓口	・電話番号 0797-76-5307 ・面接場所 当事業所の相談室 ・苦情受付時間 当事業所の営業日・営業時間と同じ。
---------	---

(2) サービス提供への苦情や相談は、次の苦情受付機関に申し立てることができます。

苦情受付 機 関	宝塚市健康福祉介護保険課 電話番号：0797-77-2136
	兵庫県国民健康保険団体連合会 電話番号：078-332-5617

11 守秘義務・個人情報の保護

(1) 守秘義務

- ア 事業者は、「個人情報の保護に関する法律」と「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（厚生労働省）を遵守し、利用者の個人情報の適切な取扱いに努めます。
- イ 事業者とその従業者は、正当な理由なく、サービスを提供する上で知り得た利用者とその家族の秘密を第三者に漏らしません。
- ウ 利用者とその家族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。
- エ 事業者は、従業者に業務上知り得た利用者とその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間と従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

(2) 個人情報の保護

- ア 事業者は、事前に、利用者から文書による同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。利用者の家族の個人情報についても、同様とします。
- イ 事業者は、利用者とその家族に関する個人情報が含まれる記録物（電磁的記録を含む。）を、善良な管理者の注意をもって管理し、その処分の際も第三者への漏洩を防止するものとします。
- ウ 事業者が管理する情報は、利用者の求めに応じて内容を開示し、その開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行います。なお、情報の開示に際し複写料などが必要な場合は、利用者の負担とします。

12 サービス提供の記録

(1) サービス提供の記録

事業者は、サービスの提供日、提供時間、内容などの実績を記録し、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けます。利用者の確認を受けた後は、その記録の控えを利用者に交付します。

(2) 記録の保存期間

事業者は、サービス提供の記録をその提供日から5年間保存します。

(3) 閲覧等の請求

利用者は、事業者に対し、サービス提供の記録の閲覧・複写物の交付を請求することができます。

13 サービス利用上の留意事項

サービスをご利用の際は、次のことにご留意ください。

ア 訪問介護員等は、サービスを提供する際に、次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、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

イ 訪問介護員等に対する贈り物や飲食物の提供は、固くお断りします。

ウ 体調や容体の急変などによりサービスが利用できなくなった場合は、できる限り早めに担当の地域包括支援センター・当事業所の担当者へご連絡ください。

エ サービスに必要な用具（洗剤、バケツ、オムツ、タオル等）は、利用者様宅の物を使用させていただきます。

オ 利用者様への安全なサービスを提供するにあたり、状況や内容に応じて使い捨てプラスチックグローブ等をご用意いただきます。

14 損害賠償保険への加入

当事業所は、以下の損害賠償保険に加入しています。

- | | |
|-----------|--------------------|
| ・ 加入保険会社名 | あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 |
| ・ 保険種目 | 介護保険・社会福祉事業者総合保険 |

私（事業者）は、利用者が第1号訪問事業・介護予防訪問型サービスを利用する前に、上記の重要事項を説明しました。

重要事項説明年月日 令和 年 月 日

契約事業者 所在地 宝塚市逆瀬川2丁目9番10号

事業者（法人）名 株式会社リッツネス
代表者職・氏名 代表取締役 森本敬子 ㊞

説明者職・氏名 サービス提供責任者
森本敬子 ㊞

私（利用者）は、事業者から上記の重要事項の説明を確かに受けました。

併せて、この文書を介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業利用契約書の別紙とすることに同意し、この契約の成立を証明するため、本書2通を作成し、利用者と事業者の双方が記名・押印の上、それぞれ1部ずつ保有します。。

令和 年 月 日

契約利用者 〒
住 所 _____
氏 名 _____ ㊞

署名代行者（又は法定代理人）
〒
住 所 _____
本人との続柄 _____
氏 名 _____ ㊞

立 会 人 〒
住 所 _____
氏 名 _____