

## 訪問介護 契約書別紙(兼重要事項説明書)①

ご利用者様に対するサービスの提供開始にあたり、東京都条例の規定に基づき、当事者が  
ご利用者様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 | 株式会社海色リハライフ               |
| 主たる事務所の所在地 | 〒194-0037 東京都町田市木曽西3-2-14 |
| 代表者(職名・氏名) | 代表取締役 土居 純子               |
| 電話番号       | 080-5406-4667             |

### 2. ご利用事業所の概要

|             |                           |
|-------------|---------------------------|
| ご利用事業所の名称   | うみいろ介護ステーション              |
| サービスの種類     | 訪問介護                      |
| 事業所の所在地     | 〒194-0037 東京都町田市木曽西3-2-14 |
| 電話番号        | 042-794-6596              |
| 指定年月日・事業所番号 | 2023年9月1日指定 1373207479    |
| 管理者の氏名      | 鈴木 咲里沙                    |
| 通常の事業の実施地域  | 町田市、神奈川県相模原市              |

### 3. 事業の目的と運営の方針

|  |
|--|
| 事業の目的  |
| 要介護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の為、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。<br>(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。<br>(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      |
| ただし、年末年始(12月30日から1月3日)及び夏季休日(7月15日から9月15日までの2日間を交代で交付する。)を除きます。 |                 |
| 営業時間  | 午前1時から午後0時59分まで |

## 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0人、非常勤2人 |
| 実務者研修修了者        | 常勤1人、非常勤0人 |
| 介護職員初任者研修課程 修了者 | 常勤0人、非常勤6人 |

## 7. サービス提供の責任者

ご利用者様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 | 鈴木 咲里沙 |
|--------------|--------|

## 8. 利用料

ご利用様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、ご利用者様からお支払いただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割(一定以上の所得のある方は2割又は3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】

|      |                  | (単位数) | 利用料   |      |       |       |
|------|------------------|-------|-------|------|-------|-------|
|      |                  |       | 10割   | 1割負担 | 2割負担  | 3割負担  |
| 身体介護 | 20分未満            | 163   | 1812円 | 181円 | 362円  | 543円  |
|      | 20分以上30分未満       | 244   | 2713円 | 271円 | 542円  | 813円  |
|      | 30分以上1時間未        | 387   | 4303円 | 430円 | 860円  | 1290円 |
|      | 1時間以上            | 567   | 6305円 | 631円 | 1262円 | 1893円 |
|      | 1時間を超えて30分を増すごとに | +82   | 911円  | 91円  | 182円  | 273円  |
| 生活援助 | 20分以上45分未満       | 179   | 1990円 | 199円 | 398円  | 597円  |
|      | 45分以上            | 220   | 2446円 | 245円 | 490円  | 735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                | 10割          | 1割       | 2割   | 3割   |
|------------|----------------------|--------------|----------|------|------|
| 夜間<br>早朝   | 夜間18時～22時<br>早朝6時～8時 |              | 基本部分の25% |      |      |
| 深夜加算       | 深夜22時～翌朝6時           | 基本部分の50%     |          |      |      |
| 初回加算       | 新規のご利用者様へサービスを提供した場合 | 2224円        | 222円     | 444円 | 666円 |
| 介護職員処遇改善加算 | 1ヶ月の利用料金18.2%        | 左の単位数×1単位の単価 |          |      |      |

### (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お支払いいただきます。

| キャンセルの時期       | キャンセル料                   |
|----------------|--------------------------|
| サービス利用前日17時までは | 利用者負担金なし                 |
| サービス利用前日17時以降は | 2000円です。事務と、訪問介護員に配分する為。 |

### (4) 支払い方法

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、以下の方法によりお支払い下さい。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、差し上げます。

支払い方法

支払要件等

|             |   |
|-------------|---|
| 口座<br>引き落とし | 委託会社三井住友カード株式会社がサービスを利用した月の翌月26日、27日、28日のいずれに指定する口座より引落します。(祝休日の場合は直前の平日) |
|-------------|---|

## 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<br>名称   |  |
|                | 氏名            |  |
|                | 所在地           |  |
|                | 電話番号          |  |
| 緊急連絡先<br>(家族等) | 氏名<br>利用者との続柄 |  |
|                | 電話番号          |  |



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 |  |

|     |        |  |
|-----|--------|--|
| 代理人 | 代理人の理由 |  |
|     | 住所     |  |
|     | 本人との続柄 |  |
|     | 氏名     |  |