

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（訪問介護相当サービス）契約書別紙（兼重要事項説明書）①
（取手市例）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなた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 ○○○○
主たる事務所の所在地	〒000-0000 ○○市○○○○○
代表者（職名・氏名）	代表取締役 ○○ ○○
設 立 年 月 日	平成○○年○○月○○日
電 話 番 号	○○-○○○○-○○○○

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ヘルパーステーション○○○	
サービスの種類	第1号訪問事業（訪問介護相当サービス）	
事業所の所在地	〒000-0000 取手市○○○○○	
電 話 番 号	○○-○○○○-○○○○	
指定年月日・事業所番号	平成○○年○○月○○日指定	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
管 理 者 の 氏 名	○○ ○○	
通常の事業の実施地域	取手市、○○○市・・・	

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

第1号訪問事業（訪問介護相当サービス）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 ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。
営業時間	午前9時から午後6時まで ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、24時間対応可能な体制を整えるものとします。

6. 事業所の職員体制

訪問介護員の職種	勤務の形態・人数
介護福祉士	常勤 ○人, 非常勤 ○人
介護職員初任者研修修了者	常勤 ○人, 非常勤 ○人
	常勤 ○人, 非常勤 ○人
	常勤 ○人, 非常勤 ○人

7. 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。

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。

管理者	○○ ○○
サービス提供責任者の氏名	○○ ○○

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記載のとおり基本利用料の1割又は2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（訪問介護相当サービス）の利用料

A2の事業所は訪問型サービス（独自）に変更願います。

【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 (1月あたり)	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
訪問型サービス (みなし) I (1月につき)	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)	12,170円	1,217円	2,434円
訪問型サービス (みなし) II (1月につき)	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)	24,330円	2,433円	4,866円
訪問型サービス (みなし) III (1月につき)	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)	38,595円	3,860円	7,719円

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める介護予防訪問介護の金額に相当する金額であり、介護予防訪問介護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)
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	2,084円	209円	417円
生活機能向上 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況等を評価した上、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	1,042円	105円	209円
介護職員処遇改善加算 I ※	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 8.6%		
介護職員処遇改善加算 II ※		上記基本部分と各種加算 減算の合計 4.8%		

介護職員処遇改善加算Ⅲ※	加算Ⅱの90%
介護職員処遇改善加算Ⅳ※	加算Ⅱの80%

(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、上記の額を算定します。

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	上記基本部分の90%
サービス提供責任者体制の減算	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を配置している場合	上記基本部分の70%

(2) キャンセル料

第1号訪問事業（訪問介護相当サービス）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。

(3) 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、1ヶ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、〇〇日以内に差上げます。

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〇日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 〇〇銀行 〇〇支店 普通口座 〇〇〇〇〇〇〇
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の〇日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 〇〇銀行 〇〇支店 普通口座 〇〇〇〇〇〇〇
現金払い	サービスを利用した月の翌月の〇日（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	〇〇〇〇
	氏名	〇〇〇〇
	所在地	〇〇〇〇
	電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄)	〇〇〇〇 (〇〇〇〇)
	電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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）及び取手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	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	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

(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	取手市高齢福祉課	電話 0297-74-2141
	茨城県国民健康保険団体連合会	電話 029-301-1565

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。

平成 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	
	代表者職・氏名	印
	説明者職・氏名	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	
	本人との続柄	
	氏名	印

立会人	住所	
	氏名	印