**介護予防・日常生活支援総合事業**

**第１号訪問事業（訪問型サービスＡ）契約書別紙（兼重要事項説明書）**

**（龍ケ崎市例）**

 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 | 令和○○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（訪問型サービスＡ） |
| 事業所の所在地 | 〒000-0000　龍ケ崎市○○○○○ |
| 電話番号 | ○○－○○○○－○○○○ |
| 指定年月日・事業所番号 | 令和○○年○○月○○日指定 | ００００００００００ |
| 管理者の氏名 | ○○ ○○ |
| 事業の実施地域 | 龍ケ崎市 |

**３．事業の目的と運営の方針**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 第１号訪問事業（訪問型サービスＡ）は，引きこもりがちな高齢者や軽度認知症等のリスクのある高齢者に対し，その状態等を踏まえながら生活援助等の自立支援に資する訪問サービスを提供することにより，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 | 事業者は，利用者の意思及び人格を尊重して，常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。また，事業を運営するに当たっては，地域との結びつきを重視し，市，他の事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。 |

**４．提供するサービスの内容**

第１号訪問事業（訪問型サービスＡ）は，従事者が利用者のお宅を訪問し，引きこもりがちな高齢者や軽度認知症等のリスクのある高齢者に対し，その状態等を踏まえながら生活援助等の自立支援に資する訪問サービスを提供することにより，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すサービスです。

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 生活援助 | 利用者に対し，その状態等を踏まえながら生活援助等の自立支援に資する訪問サービスを行います。　例）調理，洗濯，掃除，買い物，薬の受け取り，衣服の整理，安否確認など |

**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 |

**６．事業所の職員体制**

|  |  |
| --- | --- |
| 従業者の職種 | 勤務の形態・人数 |
|  | 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**

　事業所の管理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割又は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1号訪問事業（サービスＡ）の利用料**

【基本部分】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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Ａ／回数 | 　生活支援員等による自立支援のための「見守り的援助」及び「生活改善のための家事支援等の援助」を行う。１回１時間程度。８回／月まで。 | ２，６８５円／回 | **２６９円** | **５３７円** | **８０６円** |
| 訪問型サービスＡ／月 | 　上記サービスについて１回１時間程度。９回以上／月 | ２３，０５８円 | **２，３０６円** | **４，６１２円** | **６，９１８円** |

　上記の基本利用料は，龍ケ崎市が定める金額です。なお金額の改定があった場合は，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)** |
| 初回加算 | 新規に訪問型サービスに係る計画を作成した利用者に対して，初回の訪問型サービスＡを行った日からその日の属する月の末日の間に，(1)又は(2)のいずれかに該当するときに適用。 (1) サービス提供責任者が訪問型サービスを行った場合 (2) 訪問型サービスを行う訪問介護員等にサービス提供責任者が同行した場合 | ２，１４０円 | **２１４円** | **４２８円** | **６４２円** |
| 訪問型サービスＡ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137/1000 加算 |
| 訪問型サービスＡ処遇改善加算Ⅱ | 所定単位数の100/1000 加算 |
| 訪問型サービスＡ処遇改善加算Ⅲ | 所定単位数の55/1000 加算 |
| 訪問型サービスＡ処遇改善加算Ⅳ | 介護職員処遇改善加算Ⅲの90％加算 |
| 訪問型サービスＡ処遇改善加算Ⅴ | 介護職員処遇改善加算Ⅲの90％加算 |
| 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ | 当該加算の算定要件を満たす場合 | 所定単位数の63/1000 加算 |
| 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ | 所定単位数の42/1000 加算 |

**【減算】**

　以下の要件を満たす場合，上記の基本部分から以下のとおり減算されます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 減算額 | 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行う場合 | 上記基本部分の９０％ |

**（２）キャンセル料**

第１号訪問事業（訪問型サービスＡ）において回数で利用される場合，利用の〇〇日前までに利用中止のご連絡がない時は，利用者は事業者へキャンセル料を支払うものとします。ただし，体調や容体の急変など，やむを得ない事情がある場合，キャンセル料は不要とします。また，月単位の定額制で利用される場合，キャンセル料は不要とします。

**（３）支払い方法**

　上記（１）から（２）までの利用料（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，○○日以内に差し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 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○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。○○銀行　○○支店　普通口座 ○○○○○○○ |
| 銀行振り込み | サービスを利用した月の翌月の○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。○○銀行　○○支店　普通口座 ○○○○○○○ |
| 現金払い | サービスを利用した月の翌月の○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 | ○○○○（○○○○）○○－○○○○－○○○○ |

**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）及び龍ケ崎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 ○○－○○○○－○○○○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 | 龍ケ崎市介護福祉課 | 電話　０２９７－６４－１１１１ |
| 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，従事者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。

　　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

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