介護予防・日常生活支援総合事業
介護予防訪問介護相当サービス　契約書別紙（兼重要事項説明書）（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	○○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	介護予防訪問介護相当サービス	
事業所の所在地	〒000-0000　○○市○○○○○	
電　話　番　号	○○○－○○○－○○○○	
指定年月日・事業所番号	○○年○○月○○日指定	０００００００００００
管理者の氏名	○○ ○○	
通常の事業の実施地域	○○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、介護予防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、要支援状態の軽減や悪化の防止、もしく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

介護予防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

従業者の職種	勤務の形態・人数
訪問介護員等	常勤　○人、　　非常勤　○人
うち介護福祉士	常勤　○人、　　非常勤　○人
うち介護職員初任者研修等修了者	常勤　○人、　　非常勤　○人

７．サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の責任者（訪問事業責任者）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（訪問事業責任者）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応じた基本利用料の１割、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）介護予防訪問介護相当サービスの利用料

【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	費用の目安（１月あたり）	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Ⅰ（１月につき）	週１回程度の訪問型サービスが必要とされた者（事業対象者・要支援１・要支援２）	円	円	円	円
訪問型サービスⅡ（１月につき）	週２回程度の訪問型サービスが必要とされた者（事業対象者・要支援１・要支援２）	円	円	円	円
訪問型サービスⅢ（１月につき）	週２回を超える程度の訪問型サービスが必要とされた者（事業対象者・要支援２）	円	円	円	円

【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	新規の利用者へサービス提供した場合	円	円	円	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、共同して利用者の心身の状況等を評価した上、生活機能向上を目的とした介護予防訪問介護計画を作成し、サービス提供した場合	円	円	円	円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合		上記基本部分と各種加算・減算の合計の　％		
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）			上記基本部分と各種加算・減算の合計の　％		
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）			上記基本部分と各種加算・減算の合計の　％（介護職員処遇改善加算（Ⅱ）の 90％）		
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）			上記基本部分と各種加算・減算の合計の　％（介護職員処遇改善加算（Ⅱ）の 80％）		
介護職員処遇改善加算（Ⅴ）			上記基本部分と各種加算・減算の合計の　％		

（注）介護職員処遇加算は、区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

（２）キャンセル料

介護予防訪問介護相当サービスは、利用料が月単位の定額のため、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、○○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及び海南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

（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	海南市高齢介護課	電話番号　０７３－４８３－８７６４
	和歌山県国民健康保険団体連合会	電話番号　０７３－４２７－４６６２

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当事業所の担当者へご連絡ください。

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