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するにあたり、当事業者が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 |
| 連絡先・電話番号 | （部署名）　　　　　　　　○○○－○○○－○○○○ |

**２　サービスを提供する事業所の概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所の名称 | ヘルパーステーション○○〇 | |
| サービスの種類 | 第１号訪問事業・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 | 平成○○年○○月○○日指定 | ００００００００００ |
| 責任者の職・氏名 | 管理者　○○ ○○ | |
| 通常の事業の実施地域 | ○○市 | |

**３　事業の目的・運営の方針**

（１）事業の目的

・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、要支援状態の維持・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。

（２）運営の方針

・利用者の心身の状況や家庭の状況等を十分把握し、利用者の意志及び人格を尊重したサービスの提供に努めます。

・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・介護予防訪問介護相当サービスは、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）・入浴介助、身体整容、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、本人が自立できるように、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、衣類の整理・修補など |

**５　営業日時**

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | ・○曜日から○曜日まで。  ・ただし、祝日、振替休日、年末年始（12月○日から1月○日まで）及びお盆（8月○日から8月○日まで）を除きます。 |
| 営業時間 | ・午前○時から午後○時まで。  ・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、24時間の対応が可能な体制を整えます。 |

**６　事業所の職員体制**

|  |  |
| --- | --- |
| 従業者の職種 | 勤務の形態・人数 |
| サービス提供責任者 | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| 訪問介護員 | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| 介護福祉士 | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| 事務職員 | 常勤　○人、　　非常勤　○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 | ○○　○○ |

**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割の額です。この負担割合は、保険者（三田市）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・介護予防訪問介護相当サービスの利用料・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） | 利用者負担（２割） |
| 訪問型サービスⅠ | 週１回程度 | １２,４９７円 | １，２５０円 | ２，５００円 |
| 訪問型サービスⅡ | 週２回程度 | ２４,９８４円 | ２，４９９円 | ４，９９７円 |
| 訪問型サービスⅢ | 週２回を超える程度 | ３９，６３２円 | ３，９６４円 | ７，９２７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） | 利用者負担（２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 | ２，１４０円 | ２１４円 | ４２８円 |
| 生活機能向上連携加算 | サービス提供責任者が、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、生活機能向上を目的とした介護予防ケアプランを作成し、連携してサービスを提供した場合 | １，０７０円 | １０７円 | ２１４＋円 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 所定のキャリアパス要件Ⅰ及び要件Ⅱ及び要件Ⅲ＋職場環境等要件を満たす場合 | 基本部分・加算・減算の合計の１３．７％ | | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 所定のキャリアパス要件Ⅰ及び要件Ⅱ＋職場環境等要件を満たす場合 | 基本部分・加算・減算の合計の１０．０％ | | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | 所定のキャリアパス要件Ⅰ又は要件Ⅱ＋職場環境等要件を満たす場合 | 基本部分・加算・減算の合計の５．５％ | | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | 所定のキャリアパス要件Ⅰ、要件Ⅱ、職場環境等要件のいずれかを満たす場合 | (Ⅲ)の９０％ | | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) | 所定のキャリアパス要件Ⅰ、要件Ⅱ、職場環境等要件のいずれも満たさない場合 | (Ⅲ)の８０％ | | |

　（備考）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。

【減算】

　・次表の「減算の要件」を満たす場合は、基本部分の一定割合が減算されます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 減算の種類 | 減算の要件 | 算定額 |
| サービス提供  責任者配置減算 | 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 | 基本部分の７０％ |
| 同一建物減算 | 事業所と同一建物に居住する利用者又は１か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対し、サービスを提供する場合 | 基本部分の９０％ |

（備考）各表の額が改定される場合は、事前に、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・介護予防訪問介護相当サービスは、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、○○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 | ・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、利用者が指定する次の口座から引き落とします。  ○○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、事業者が指定する次の口座へ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　　○○○○医院　　○○○○  ・所在地　　　　　　　　　　○○市○○○○○  ・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（又は介護支援専門員）、三田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 　　○○○－○○○－○○○○  ・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 | 三田市介護保険課　　電話番号：０７９－５５９－５０７０ |
| 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、その秘密を保持するべき旨を、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ん。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サービスに係る介護報酬の支払を受けた日から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。

(1)　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

(2)　訪問介護員等に対する贈り物や飲食物の提供などは、お断りします。

(3)　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。

私（事業者）は、利用者が第1号訪問事業・介護予防訪問介護相当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　　　平成　　　年　　　月　　　日

事　業　者　　所在地

事業者（法人）名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

説明者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

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ます。

平成　　　年　　　月　　　日

　　　　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