

# 介護予防・日常生活支援総合事業第一号訪問事業(訪問介護相当サービス) 契約書別紙(兼重要事項説明書)

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	有限会社 あぐり
主たる事務所の所在地	〒381-0402 長野県下高井郡山ノ内町佐野2534-53
代表者(職名・氏名)	代表取締役 小池 恒星
設 立 年 月 日	平成 12 年 6 月 3 日
電 話 番 号	0269-33-1135

## 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	訪問介護 みつわ	
サービスの種類	第一号訪問事業(訪問介護相当サービス)	
事業所の所在地	〒383-0043 長野県中野市中央1-11-3	
電 話 番 号	0269-38-6231	
指定年月日・事業所番号	平成 30 年 4 月 1 日指定	2071100511
管理者の氏名	中村 朱美	
事業の実施地域	中野市	

## 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援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、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、利用者の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

第一号訪問事業(訪問介護相当サービス)は、訪問介護員等が利用者の自宅を訪問し、入浴、排せつ、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。

## 5. 営業日時

営業日	通年 ただし、お盆（8月14日～8月16日）及び年末年始（12月31日～1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分～午後5時30分まで 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、午前8時から午後6時（営業日外、時間外も対応可能）

## 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
従事者	3名以上

## 7. 管理者及びサービス提供の責任者

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	中村 朱美
サービス提供責任者の氏名	中村 朱美

## 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）訪問介護相当サービスの利用料

#### 【基本部分】

サービス名称	基本利用料※		利用者負担(1割)	利用者負担(2割)
訪問介護 相当サービス	週1回程度の利用	11,760円/月	1,176円/月	2,352円/月
	週2回程度の利用	23,490円/月	2,349円/月	4,698円/月
	週2回を超える程度 (要支援2のみ対象)	37,270円/月	3,727円/月	7,454円/月

※基本利用料は、中野市が国で定める金額を準用した金額であり、これが改定された場合は、これら基本料金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。

**【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	加算額		
	基本利用料	利用者負担（1割）	利用者負担（2割）
初回加算	2,000円	200円	400円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	1,000円	100円	200円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	2,000円	200円	100円
口腔連携強化加算	500円	50円	100円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）※	所定単位数の137/1000		
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）※	所定単位数の100/1000		
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）※	所定単位数の55/1000		
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の63/1000		
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の42/1000		
介護職員等ベースアップ等支援加算	所定単位数の24/1000		
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）※	（一本化後）所定単位数の245/1000		
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）※	（一本化後）所定単位数の224/1000		
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）※	（一本化後）所定単位数の182/1000		
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）※	（一本化後）所定単位数の145/1000		

（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。

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の単位が減算されます。

減算の種類	減算の要件	減算額
事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス提供減算	当事業所と同一建物に居住する一定数以上の利用者に対してサービス提供する場合	上記基本部分の90%

**（２）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いただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	無料
利用予定日の当日	利用者負担金の100%の額

**（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、30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25日に、事業者が指定する下記の口座より引き落とします。手数料はご利用者様のご負担になります。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の25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。手数料はご利用者様のご負担になります。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の25日までに、現金でお支払いください。

指定口座	長野県信用組合	中野支店	普通 8307102	有限会社あぐり
	長野県信用組合	山ノ内支店	普通 8292393	
	J Aながの	志賀高原支所	普通 6104673	
	J A中野	本所	普通 0021381	
	八十二銀行	山ノ内支店	普通 306443	
	長野信用金庫	山ノ内支店	普通 0222190	
	ゆうちょ銀行 ※他金融機関からの送金	一一八店 (イチイチハチ店)	普通 2381396	
	ゆうちょ銀行 ※ゆうちょ銀行から送金	記号 11130	普通 23813961	

## 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。

## 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中野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 0269-38-6231 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	中野市高齢者支援課	電話番号 0269-22-2111
	長野県国民健康保険団体連合会	電話番号 026-238-1580

## 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 他の家族の方に対する食事の準備
  - ③ 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へご連絡ください。
- (4) 利用者の都合によるキャンセルは、分かり次第、早めに当事業所へご連絡ください。
- (5) 利用料金の支払いが2か月滞納となった場合には、3か月目以降の利用について『サービス提供の停止』を検討させていただきますので、ご注意下さい。

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 長野県中野市中央 1-11-3  
事業者名 訪問介護 みつわ  
代表者職・氏名 管理者 中村 朱美  
説明者職・氏名 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_  
署名代行者  
(又は法定代理人) 住 所 \_\_\_\_\_  
本人との続柄 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

緊急連絡先等

緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄)	(続柄 )
	電話番号	
利用者の主治医	医療機関の名称	
	主治医氏名	
	所在地	
	電話番号	