

本様式は参考例を示したものであり、引用した場合は、その責は作成者にあります。
また、長岡市総合事業の実施にかかわらず、修正すべき内容については、必ず御確認ください。

指定相当訪問型サービス契約書別紙（兼重要事項説明書）①

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、長岡市要綱の規定に基づき、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○○○町○○
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	指定相当訪問型サービス	
事業所の所在地	〒000-0000 長岡市○○○町○○	
電話番号	○○○-○○○-○○○○	
指定年月日・事業所番号	○○年○○月○○日指定	○○○○○○○○○○○○
管理者の氏名	○○ ○○	
通常の事業の実施地域	長岡市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等にある利用者が、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、指定相当訪問型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等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

指定相当訪問型サービスは、訪問介護員等が利用者の居宅を訪問し、利用者が可能な限りその居宅で、要支援状態の維持もしくは改善を図り、または要介護状態となることを予防し、自立した日常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うサービスです。

具体的には、「身体介護中心型」及び「生活援助中心型」のサービスを一体的に行います。

① 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。
② 生活援助	一人暮らし又は家族等が障害・疾病等であり、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。

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（〇月〇日から〇月〇日）及びお盆（〇月〇日から〇月〇日）を除きます。
営業時間	午前〇時から午後〇時まで 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
介護福祉士	常勤 〇人、 非常勤 〇人
介護職員初任者研修課程 修了者 又は生活援助従事者研修過程 修了者	常勤 〇人、 非常勤 〇人

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の氏名	〇〇 〇〇
--------------	-------

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、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割又は3割）の額です。ただし、介護予防・生活支援サービス費等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) 指定相当訪問型サービスの利用料

【基本部分】※令和6年4月1日以降

サービスの内容 ※身体介護及び生活援助のみ (1月あたり)		基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金(自己負担1割の場合) (=基本利用料の1割) ※(注2)参照
訪問型独自サービスⅠ	1週間に <u>1回程度</u> の指定相当訪問型サービスが必要とされた場合	11,760円	1,176円
訪問型独自サービスⅡ	1週間に <u>2回程度</u> の指定相当訪問型サービスが必要とされた場合	23,490円	2,349円
訪問型独自サービスⅢ	1週間に <u>3回程度以上</u> の指定相当訪問型サービスが必要とされた場合(要支援2の利用者のみ対象)	37,270円	3,727円

(注1) 上記の基本利用料は、長岡市が告示等で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料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。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護予防・生活支援サービス費等の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【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	利用者負担金 (自己負担1割の場合)
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	2,000円	200円
生活機能向上連携 加算Ⅰ	指定介護予防訪問リハビリテーション事業所、指定介護予防通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の助言に基づき、利用者の生活機能向上を目的とした指定相当訪問型サービス計画を作成し、サービス提供した場合(初回月又は見直し月につき)	1,000円	100円
生活機能向上連携 加算Ⅱ	指定介護予防訪問リハビリテーション事業所、指定介護予防通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定介護予防訪問リハビリテーション等の一環として利用者の居宅を訪問する際にサービス提供責任者が同行し、共同して利用者の心身の状況等を評価した上で生活機能向上を目的とした指定相当訪問型サービス計画を作成し、連携しながらサービス提供した場合(1月につき)※生活機能向上連携加算Ⅰを算定している場合は算定しない	2,000円	200円

口腔連携強化加算	事業所の従事者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合	500円	50円
介護職員処遇改善加算Ⅰ ※	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市長に届け出た指定相当訪問型サービス事業所が、利用者に対し、指定相当訪問型サービスを行った場合	1月の利用料金の13.7%（基本料金＋各種加算減算）	
介護職員処遇改善加算Ⅱ ※		1月の利用料金の10%（基本料金＋各種加算減算）	
介護職員処遇改善加算Ⅲ ※		1月の利用料金の5.5%（基本料金＋各種加算減算）	
介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ ※		1月の利用料金の6.3%（基本料金＋各種加算減算）	
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ ※		1月の利用料金の4.2%（基本料金＋各種加算減算）	
介護職員等ベースアップ等支援加算※		1月の利用料金の2.4%（基本料金＋各種加算減算）	
特別地域介護予防訪問介護加算 ※	当事業所が特別地域に所在する場合	上記基本部分の15%	
小規模事業所加算※	当事業所が特別地域に所在せず、1月あたりの実利用者数が5人以下の小規模事業所である場合	上記基本部分の10%	
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算※	中山間地域（＝新潟県の場合は全域）において、 <u>通常の事業の実施地域以外</u> に居住する利用者へサービス提供した場合	上記基本部分の5%	

(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、下記の額を算定します。

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等へのサービス提供減算	以下のいずれかの利用者にサービスを行う場合 ・事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内の建物に居住する利用者 ・事業所と同一の建物に居住する利用者 ・一月当たりの利用者が20人以上居住する建物の利用者	上記基本部分の90%
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合	上記基本部分の1%
業務継続計画未策定減算	感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合及び当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合	上記基本部分の1%

(2) キャンセル料

指定相当訪問型サービスは、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)から(3)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、〇〇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)及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

1 1. 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
---------	------------------------------------

(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	長岡市長寿はつらつ課	電話番号 0258-39-2268
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

1 2. 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。

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