

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）

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	特定非営利活動法人ユーアンドアイ
主たる事務所の所在地	〒301-0845 茨城県龍ケ崎市奈戸岡2番195
代表者（職名・氏名）	赤津 猛
設 立 年 月 日	平成11年10月6日
電 話 番 号	0297-62-2667

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ユーアンドアイ介護ステーション	
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	〒301-0845 龍ケ崎市奈戸岡2番195	
電 話 番 号	0297-62-2667	
指定年月日・事業所番号	平成30年4月1日指定	0870800307
管 理 者 の 氏 名	赤津 猛	
通常の事業の実施地域	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サービスを行います。 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、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（振替休日を含む）及び年末年始（12月29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

訪問介護員の職種	勤務の形態・人数
管理者	常勤 1人
サービス提供責任者	常勤 1人以上
訪問介護員	常勤換算 2.5人以上

7. 管理者及びサービス提供責任者及び訪問事業責任者

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	赤津 猛
サービス提供責任者 （訪問事業責任者）の氏名	猪 直美

8. 利用料

R7.4.1 改正

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、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Ａ２）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 (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 (独自)Ⅰ (1月につき)	週1回程度のサービス が必要とされた場合 (事業対象者・要支援1・2)	12,583円	1,258円	2,516円	3,774円
訪問型サービス (独自)Ⅱ (1月につき)	週2回程度のサービス が必要とされた場合 (事業対象者・要支援1・2)	25,134円	2,513円	5,026円	7,540円
訪問型サービス (独自)Ⅲ (1月につき)	週2回を超える程度の サービスが必要とされた場合 (事業対象者・要支援1・2)	39,878円	3,987円	7,975円	11,963円

上記の基本利用料は、地域支援事業実施要綱に定める別添1訪問介護員等によるサービス費（訪問介護従前相当サービス費）の金額に相当する金額であり、訪問介護従前相当サービス費の金額が改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。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	新規に個別サービス計画を作成した利用者に対してサービス提供責任者が初回にサービスを提供した場合等	2,140円	214円	428円	642円
介護職員処遇 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245/1000 加算			

(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。

（２）第１号訪問事業（サービスＡ３）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「見守りの援助」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。	２，７８２円／ 回	２７８円	５５６円	８３５円

上記の基本利用料は、龍ヶ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

(3) 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、利用の前日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。

(4) 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、口座振替か現金払い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、7日以内に差し上げます。

支払方法	支払い要件等
現金払い又は銀行引き落とし	サービスを利用した月の翌月末日までに、現金又は銀行引き落としにてお支払いください。

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）及び龍ヶ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 0297-62-2667 担当者 代表 赤津 猛 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	龍ヶ崎市介護保険課	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、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。

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	茨城県龍ケ崎市奈戸岡2番195	
事業者	特定非営利活動法人ユーアンドアイ		
代表者職・氏名	赤津 猛	印	
説明者職・氏名	猪 直美	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