

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（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）

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 OZ
主たる事務所の所在地	〒586-0018 大阪府河内長野市千代田南町3番8号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 住友 愛子
設立年月日	平成28年 4月 1日
電話番号	0721-81-0008

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ホームケアサービスOZ	
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	〒586-0018 河内長野市千代田南町3番8号ひとみマンション104号	
電話番号	0721-81-0008	
指定年月日・事業所番号	令和 5年 4月 1日指定	2770702492
管理者の氏名	住友 愛子	
通常の事業の実施地域	河内長野市	

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、介護予防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、年末年始（12月29日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8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
管理者	常勤 1人、 非常勤 〇人
サービス提供責任者	常勤 1人以上 非常勤 〇人
訪問介護職員	常勤 〇人、 非常勤 2人以上
事務職員	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	住友 俊一
--------------	-------

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、総合事業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・介護予防訪問介護相当サービスの利用料

【基本報酬】※身体介護及び生活援助

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)
訪問型サービス費Ⅳ (1回につき)	標準的な内容のサービスである場合 (事業対象者・要支援1・2)	2,990円/回	299円	598円	897円
訪問型サービス費Ⅴ (1回につき)	生活援助が中心である場合 <所要時間20分以上45分未満の場合> (事業対象者・要支援1・2)	1,865円/回	187円	373円	560円
訪問型サービス費Ⅵ (1回につき)	生活援助が中心である場合 <所要時間45分以上の場合> (事業対象者・要支援1・2)	2,292円/回	230円	459円	688円
訪問型独自短時間サービス (1回につき)	短時間の身体介護が中心である場合 (事業対象者・要支援1・2)	1,698円/回	170円	340円	510円
訪問型サービス費Ⅲ (1月につき)	訪問型サービスが必要とされた者で1月の中で全部で13回以上行なった場合<1月の上限額> (事業対象者・要支援1・2)	38,835円/月	3,884円	7,767円	11,651円
訪問型サービス費Ⅲ (1日につき)	訪問型サービスが必要とされた者で1月の中で全部で13回以上行なった場合<1月の上限額> (事業対象者・要支援1・2)	1,281円/日	129円	257円	385円

- ・上記の基本利用料は、河内長野市が定める金額であり、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。
- ・月の計算によっては、端数調整の関係で上記利用者負担にならない場合があります。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本報酬に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の主な要件	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 (初回のみ)	新規の利用者へサービス提供を行い、下記のいずれかに該当する場合 ①同月内にサービス提供責任者が自らサービス提供した場合 ②同月内に訪問介護員がサービスの提供を行う際に、サービス提供責任者が同行した場合	2,084 円	209 円	417 円	626 円
介護職員処遇改善 加算(Ⅱ)※1 (1月につき)	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	所定単位数※2 の22.4%	左記額の 1割	左記額の 2割	左記額の 3割

※1 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 所定単位数…基本報酬に各種加算・減算を加えた総単位数

(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、利用者の容体の急変や急な入院など、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
12時間前までに連絡があった場合	キャンセル料不要
12時間前までに連絡が無い場合	1提供当たりの30%を請求します

(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、7日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
現金払い	サービスを利用した月の翌月の20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河内長野市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 守秘義務

事業者及び事業者の従業者は、サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。

12. 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 0721-81-0008 担当者氏名 住友 俊一
---------	----------------------------------

(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	河内長野市 地域福祉高齢課	電話番号 0721-53-1111
	大阪府国民健康保険団体連合会	電話番号 06-6949-5418

13. 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や掃除 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。

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 大阪府河内長野市千代田南町3番8号
事業者（法人）名 株式会社 OZ
代表者職・氏名 代表取締役 住友愛子 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
住所
氏名 印