

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）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	社会福祉法人阿賀野市社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	阿賀野市姥ヶ橋669番地
代表者（職名・氏名）	会長 圓 山 知
設 立 年 月 日	平成16年4月1日
電 話 番 号	0250-67-9203

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	阿賀野市社協ヘルパーステーションぬくもり	
サ ー ビ ス の 種 類	第1号訪問事業（訪問介護現行相当）	
事 業 所 の 所 在 地	阿賀野市稲荷町11番10号	
電 話 番 号	0250-63-9903	
指定年月日・事業所番号	平成30年4月1日	1572100277
管 理 者 の 氏 名	岩 村 伸 枝	
通常の事業の実施地域	阿賀野市	

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、第1号訪問事業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（訪問型サービス）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、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	12月31日～1月3日を除く日 ただし、営業日・営業時間・サービス提供時間については、やむを得ない事情による利用希望があった場合は、相談させていただきます。
営業時間	午前7時00分～午後8時30分まで
サービス提供時間	午前7時30分～午後8時00分まで

6. 事業所の職員体制

訪問介護員 2. 5名以上

従業者の職種	勤務の携帯・人数
介護福祉士	常勤 人 非常勤 人
介護職員初任者研修課程以上修了者	常勤 人 非常勤 人
一定の研修受講者	非常勤 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	岩 村 伸 枝
--------------	---------

8. 利用料

利用料金は1ヶ月ごとの定額制です。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、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・訪問型サービスの利用料

【基本部分】※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11 (1月につき)	週1回程度の訪問型サービス が必要とされた者(事業対象者 ・要支援1・2)	11,760円/月	1,176円	2,352円	3,528円

訪問型サービス 12 (1月につき)	週2回程度の訪問型サービスが必要とされた者(事業対象者・要支援1・2)	23,490円/月	2,349円	4,698円	7,047円
訪問型サービス 13 (1月につき)	週2回を超える程度の訪問型サービスが必要とされた者(要支援2)	37,270円/月	3,727円	7,454円	11,181円

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示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	新規の利用者へサービス提供した場合	2,000円	200円	400円	600円
生活機能向上連携加算(1) (1月につき)	サービス提供責任者が指定訪問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理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成した場合	1,000円	100円	200円	300円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) ※	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				
介護職員処遇改善加算(Ⅱ) ※					
介護職員処遇改善加算(Ⅲ) ※					
介護職員処遇改善加算(Ⅳ) ※					

(注1) ※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) キャンセル料

あなたの都合でこの介護予防訪問介護相当のサービス利用をキャンセルしても、キャンセル料はいただきません。

(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。

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28日(祝休日の場合は翌日)に、あなたが指定する口座より引き落とします。(領収書は翌月の請求書と一緒に同封いたします。)
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日(祝休日の場合は直前の営業日)までに、原則として利用事業所の窓口で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や居宅介護支援事業所及び阿賀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、当事業所の窓口でもお受けします。

苦情解決責任者	管 理 者 岩 村 伸 枝
苦情受付担当者	サービス提供責任者 柴 澤 みさ子
電 話 番 号	0 2 5 0 - 6 3 - 9 9 0 3
窓 口 開 設 日	土日、祝日、年末年始 12月31日～1月3日を除く毎日
窓 口 開 設 時 間	午前8時00分から午後5時30分まで

(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	阿賀野市福祉課	電話番号 0 2 5 0 - 6 2 - 2 5 1 0
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 0 2 5 - 2 8 5 - 3 0 2 2

12. 第三者による評価の実施状況

第 三 者 に よ る 評 価 の 実 施 状 況	1 あり	実施日	年 月 日
		評価機関名称	
		結果の表示	1 あり 2 なし
	2 なし		

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 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、早めに担当の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所又は当事業所の担当者へご連絡ください。

14. 虐待防止に関する事項

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置し必要な体制を行うとともに、従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の処置を講じます。

- ① 利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催します。
- ③ 虐待の防止を啓発・普及するための研修を定期的に開催します。
- ④ 虐待防止に関する責任者 管 理 者 岩村 伸枝
虐待防止に関する窓口 サービス提供責任者 柴澤 みさ子

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。

令和 年 月 日

事 業 者 所在地 新潟県阿賀野市姥ヶ橋 6 6 9 番地
事業者 社会福祉法人阿賀野市社会福祉協議会
代表者職・氏名 会 長 圓 山 知 印
説明者職・氏名 サービス提供責任者 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。

上記契約の証として、本契約書を2通作成し、利用者及び事業者記名押印のうえ、それぞれ1通ずつを保有します。

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