

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）①

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	社会福祉法人坂祝町社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	〒505-0071 岐阜県加茂郡坂祝町黒岩153番地1
代表者（職名・氏名）	会長 石原 好弘
設立年月日	平成5年10月1日
電話番号	0574-27-1222
FAX番号	0574-26-8974

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	坂祝町社協指定訪問介護事業所	
サービスの種類	介護予防訪問介護相当サービス	
事業所の所在地	〒505-0071 岐阜県加茂郡坂祝町黒岩153番地1	
電話番号	0574-27-7911	
FAX番号	0574-48-8013	
指定年月日・事業所番号	平成30年4月1日指定	2171300417
管理者の氏名	兼松 右京	
通常の事業の実施地域	坂祝町内全域	

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、介護予防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

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～土曜日 (原則として12月30日から1月3日までを除きますが必要に応じて対応します。)
受付時間	月曜日～土曜日 8時30分～17時30分
サービス提供時間帯	月曜日～土曜日 8時00分～18時00分

※電話等により、24時間、365日、常時連絡が可能な体制を整え、利用者及びその家族から、営業日ならびに営業時間以外に訪問介護員派遣の要請があった場合には、必要に応じ対応します。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
1. 管理者	常勤 1人 (訪問介護員兼務)
2. 訪問事業責任者	常勤 1人 (訪問介護員兼務)
3. 訪問介護員	常勤 2人 (内1人管理者・内1人訪問事業責任者兼務) 非常勤 4人
(1) 介護福祉士	常勤 1人、非常勤 2人
(2) 訪問介護養成研修2級課程修了者	常勤 1人、非常勤 2人
(3) 介護職員初任者研修修了者	常勤 0人

7. 管理者及びサービス提供の責任者

管理者及び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。

管理者の氏名	兼松 右京
訪問事業責任者の氏名	三馬 益代

8. 利用料

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、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・介護予防訪問介護相当サービスの利用料

【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 (1月につき)	利用者負担	
訪問型独自サービスⅠ	週1回程度の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	(1割)	1,176円
			(2割)	2,352円
			(3割)	3,528円
訪問型独自サービスⅡ	週2回程度の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	(1割)	2,349円
			(2割)	4,698円
			(3割)	7,047円
訪問型独自サービスⅢ	週2回を超える程度のサービスが必要とされた者 (事業対象者・要支援2)	37,270円	(1割)	3,727円
			(2割)	7,454円
			(3割)	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 (1月につき)	利用者負担	
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	2,000円	(1割)	200円
			(2割)	400円
			(3割)	600円
介護職員処遇改善加算(Ⅰ) ※	各種加算を加えた1月あたりの総単位数に、137/1,000を加算			
介護職員等ベースアップ等加算 ※	介護報酬×加算率2.4%を加算			

(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) 支払い方法

上記(1)(2)の利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月毎に計算し、請求致しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	めぐみの農業協同組合(坂祝支店)、坂祝郵便局、十六銀行
銀行振り込み	【めぐみの農業協同組合 坂祝支店】 口座名義人 社会福祉法人坂祝町社会福祉協議会 会 長 石原 好弘 預金種別 普通 口座番号 9207503
	【坂祝郵便局】 口座名義人 社会福祉法人坂祝町社会福祉協議会 口座番号 00810-2-60791
	【十六銀行 美濃加茂支店】 口座名義人 社会福祉法人坂祝町社会福祉協議会 会 長 石原 好弘 預金種別 普通 口座番号 1576569

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。

【家族】

No.	連絡先(氏名)	続柄	電話番号
1			
2			

【医療機関】

No.	病院名	主治医名	電話番号
1			
2			

10. 事故発生時の対応

サービス提供に際して事故が発生した場合は、医師や家族、地域包括支援センター等、県・町への連絡等の措置を適切に行います。なお、事故が発生した際には、その原因を追究し、再発防止のための対策を講じます。

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。

苦情受付窓口（担当者） 管理者 兼松 右京
 受付時間 毎週月曜日～土曜日 8：30～17：30
 第三者委員
 山本 秀司 氏（坂祝歯科医院院長） 0574-25-6677
 武山 ひとみ 氏（人権擁護委員） 0574-26-2968

（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。

坂祝町役場福祉課 （介護保険係）	所在地 岐阜県加茂郡坂祝町取組46-18 電話番号 0574-26-7111 F A X 0574-27-1808 受付時間 8：30～17：15
岐阜県国民健康保険団体連合会	所在地 岐阜県岐阜市下奈良2丁目2番地1号 電話番号 058-273-1111 F A X 058-277-0431 受付時間 8：30～17：15
岐阜県運営適正化委員会	所在地 岐阜県岐阜市下奈良2丁目2番地1号 電話番号 058-278-5136 F A X 058-278-5137 受付時間 9：00～17：00

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等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 岐阜県加茂郡坂祝町黒岩153番地1
 事業者名 社会福祉法人坂祝町社会福祉協議会
 説明者職・氏名 訪問事業責任者 三馬 益代 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。

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