第一号訪問事業（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**

　当事業者がサービスの提供開始に当たり、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

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 | 社会福祉法人 一宮町社会福祉協議会 |
| 所在地 | 千葉県長生郡一宮町一宮１８６５ |
| 代表者氏名 | 会　長　　吉野　繁德 |
| 設立年月日 | 昭和４４年　７月１４日 |
| 電話番号 | ０４７５－４２－３４２４ |

２　ご利用事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 | 社会福祉法人 一宮町社会福祉協議会 |
| サービスの種類 | 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）（以下「訪問型サービス」といいます。） |
| 所在地 | 千葉県長生郡一宮町一宮１８６５ |
| 電話番号 | ０４７５－４２－３７８４ |
| 指定年月日 | 平成２８年３月１日一宮町　第１２７６６０００１０号 |
| 管理者の氏名 | 　事務局長　森田　正己 |
| 通常の事業の実施地域 | 一宮町全域 |

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が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、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、介護保険法その他の関係法令及びこの契約の定めに基づき、一宮町、事業者及び地域の保健・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、適切な訪問型サービスの提供に努めます。 |

４　サービスの内容

　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、排せつ介助などを行うサービスです。

　具体的には、サービスの内容により、以下の区分に分かれます。

|  |  |
| --- | --- |
| 自立支援 |  |

５　営業日時等

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | 　月曜日から金曜日国民の祝日、振替休日、及び年末年始(１２月２９日～１月３日)を除きます。 |
| 営業時間 | ８時３０分から１７時１５分まで |
| サービス提供日 | 営業日に準じますただし、特別な理由がある場合はこの限りではありません。 |

６　事業所の職員体制等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （令和3年4月1日現在） | 資　　格 | 常　　勤 | 非常勤 | 合　　計 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 管理者 | 　　　　　　　 |  | １名 |  |  | １名 |
| サービス提供責任者 | 介護福祉士 | 3名 |  |  |  | ３名 |
| 従業者 | 介護福祉士 | 　 |  | 5名 |  | 5名 |
| 介護職員初任者研修修了者（旧：訪問介護員養成研修２級課程修了者） | 　 |  | 6名 |  | 6名 |

７　サービス提供の責任者

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供責任者の氏名 | 木村　紀歩 |

　あなたへのサービス提供の責任者は下記のとおりです。サービスの利用に当たって、ご不明な点やご要望がありましたら、何でもお申し出ください。

８　利用料

　介護保険から給付サービスを利用する場合は、基本料（料金表）の１割、所得に応じて２割または３割です。市町村から交付された負担割合証で確認させていただきます。ただし、介護保険の給付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きます。

（１）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（対象者） | 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） | 11,760円/月 | 1,176円/月 | 2,352円/月 | 3,528円/月 |
| 訪問型サービス費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） | 23,490円/月 | 2,349円/月 | 4,698円/月 | 7,047円/月 |
| 訪問型サービス費Ⅲ★（１月につき） | 週３回程度のサービスが必要とされた場合（要支援２） | 37,270円/月 | 3,727円/月 | 7,454円/月 | 11,181円/月 |

※　上記の基本利用料は、厚生労働大臣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。

※　★印の基本利用料は、日割り計算となる場合があります

【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 | 基本利用料 | 利用者負　担（１割） | 利用者負　担　（２割　割） | 利用者負　担（３割） |
| 初回加算 | 新規の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又は提責が同行した場合 | 2,000円 | 200円 | 400円 | 600円 |

※　介護職員処遇改善として、所定単位数にサービス別加算率が算定されます。

介護職員処遇改善加算（Ⅰ）24.5％

（２）交通費

　交通費は無料です。

（３）キャンセル料

　２４時間前までにキャンセルの連絡がなかった場合は、やむを得ない場合（体調の急変による通院、弔時など）を除いて、１，０００円のキャンセル料をいただきます。

　なお、キャンセル料が生じた場合は、利用者負担金に合わせて集金させていただきます。

（４）費用負担

サービスの提供に当たり、利用者の居宅で使用する水道、ガス、電気等の費用は利用者のご負担となります。また、感染予防の衛生用品（消毒剤や使い捨て手袋など）も業務内容によっては、ご用意をお願いします。

（５）お支払いの方法

　上記（１）及び（２）の利用料（利用者負担分の金額）は、１カ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法でお支払いください。

|  |  |
| --- | --- |
| 支払い方法 | 支払要件等 |
| 口座引き落とし | サービスを利用した翌月の２７日（祝休日の場合は翌営業日）に、指定口座より引き落とします。 |
| 集　金 | サービスを利用した月の翌月末日（休業日の場合は直前の当事業所の営業日）までに、現金でお支払いください。 |

９　緊急時の対応方法

　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） | 氏名住所電話番号 |  |

※　緊急時の対応について、介護保険給付外のサービス提供が必要となった場合は、関係機関と調整し、必要とされたサービス提供時間についてのみ、利用料金の実費をご負担いただきます。

１０　事故発生時の対応

　サービス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、地域包括支援センター及び一宮町等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

１１　虐待防止への取り組み

　当事業所は、利用者の人権擁護の観点から虐待の発生及び再発を防止するため、従業員に対する定期的な研修等の実施に努めます。

サービス提供中に当該事業所従業員または介護者（現に介護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを地域包括支援センター及び一宮町へ通報します。

１２　身体拘束の禁止

　原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行いません。ただし、やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には、事前に利用者及びご家族へ充分な説明をして同意を得ます。その際には利用者の心身の状況並びにやむを得ない理由について記録をします。

１３　感染症及び非常災害発生時の対応への取り組み

　感染症予防及び災害に備え従業員に対し研修会を実施し、必要なマニュアルを整備します。

１４　秘密保持

　訪問介護サービスを提供する上で知り得た利用者及びご家族に関する秘密・個人情報については正当な理由なく第三者に漏らしません。

１５　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　０４７５－４２－３７８４面接場所　当事業所の相談室受付時間　月曜日から金曜日　８時３０分から１７時１５分まで（国民の祝日（振替休日を含む。）及び年末年始(１２月２９日～１月３日)を除きます。 |

（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。

|  |  |
| --- | --- |
| 一宮町役場　福祉健康課 | 住　　所　長生郡一宮町一宮２４５７番地電話番号　０４７５－４２－１４３１ |
| 千葉県運営適正化委員会 | 住　　所　千葉市中央区千葉港４－３電話番号　０４３―２４６―０２９４ |
| 千葉県国民健康保険団体連合会介護保険課　苦情処理係 | 住　　所　千葉市稲毛区天台６－４－３電話番号　０４３―２５４―７４２８ |

１６　その他の留意事項

サービスのご利用に当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、金銭の賃借など、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）特定の訪問介護員の指名は、お受けできません。

（４）利用者またはその引受人ないしご家族、その他関係者が当事業所の従業員に対し、身体的な力を使って危害を及ぼす行為（身体的暴力）、個人の尊厳や人権を言葉によって傷つけたり、貶めたりする行為（精神的暴力）、意に添わない性的誘い掛け、好意的態度の要求等の性的な嫌がらせ行為（セクシャルハラスメント）、その他著しい迷惑行為により業務の遂行に支障をきたす場合には、書面にてその旨を通知し、サービスの提供を即座に終了いたします。

 　令和　　　年　　月　　日

事業者は、訪問型サービス利用開始に当たり、利用者に対して、契約書及び本書面に基づき、重要な事項を説明しました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者 | 名称 | 社会福祉法人一宮町社会福祉協議会 |
| 住　所 | 千葉県長生郡一宮町一宮1865番地 |
| 代表者氏名 | 会長　吉　野　繁　德　　　　　 |
| 説明者氏名 | サービス提供責任者　　　　　　　木村　紀歩　　印 |

私は、契約書及び本書面により、これからサービスを受ける訪問型サービスについて、重要な事項の説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書別紙（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 |
| 代理人 | 住　所 |  |
| 氏　名（本人との続柄） | 　　　　　　　　　　　　　　　　印　（　　　　　　　　　） |