

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（総合事業訪問介護）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	社会医療法人 志仁会
主たる事務所の所在地	〒411/0848 三島市緑町2番25号
代表者（職名・氏名）	理事長 関 伸二
設 立 年 月 日	平成元年12月8日
電 話 番 号	055－971－5507

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	訪問介護事業所ラ・サンテふよう
サ ー ビ ス の 種 類	第1号訪問事業（総合事業訪問介護）
事 業 所 の 所 在 地	〒411-0047 三島市佐野1205-3
電 話 番 号	055－989－7082
指定年月日・事業所番号	平成30年4月1日指定 2250680028
管 理 者 の 氏 名	小林 聖子
通常の事業の実施地域	三島市
第三者評価の実施の有無	有 ・ 無

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、可能な限りその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、適切な第1号訪問事業（総合事業訪問介護）を提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、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、利用者の所在する市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者と連携しながら、利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態若しくは要支援状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる支援を行うことにより、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ものとする。

4. 提供するサービスの内容

第1号訪問事業（総合事業訪問介護）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や意欲を高めるために利用者と共に行う援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、自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（日常生活を営む機能を高める観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守りなど）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	月曜日から日曜日まで ただし、年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前6時00分から午後10時00分まで 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

職種	職務内容	配置数
管理者	従事者・業務の一元管理、従事者に対する指揮命令	常勤1名
サービス提供責任者	利用申込み調整、利用者の状態の変化やサービスに関する意向の把握、訪問介護員への利用者情報の伝達および業務指導、サービス担当者会議への出席等。また、その他サービス内容の管理について必要な業務	常勤専従2名 （1名は管理者が兼務する）
訪問介護員	訪問型サービスの提供	4名以上

7. 管理者及びサービス提供責任者

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	小林聖子
サービス提供責任者	小林聖子 鈴木ひとみ

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記載のとおり基本利用料の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。なお、利用者負担金額は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

(1) 第1号訪問事業（総合事業訪問介護）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	2 割	3 割
標準的な内容の訪問型サービス (1回につき)	週1回程度の利用 (月に5回まで) (事業対象者・ 要支援1・2)	2,930円 (1回あたり)	293円	586円	879円
生活援助中心45分以上 (1回につき)		2,246円 (1回あたり)	225円	450円	674円
標準的な内容の訪問型サービス (1回につき)	週2回程度の利用 (月に10回まで) (事業対象者・ 要支援1・2)	2,930円 (1回あたり)	293円	586円	879円
生活援助中心45分以上 (1回につき)		2,246円 (1回あたり)	225円	450円	674円
標準的な内容の訪問型サービス (1回につき) ※	週2回を超える程 度の利用 (月に14回まで ただし生活援助 は月10回まで) (事業対象者・ 要支援1・2)	2,930円 (1回あたり)	293円	586円	879円
生活援助中心45分以上 (1回につき) ※		2,246円 (1回あたり)	225円	450円	674円
※上記1回あたりの金額を用いて基 本利用料を算出し、合計が1月で 38,052円を超える場合(1月につき)		38,052円 (1月あたり)	3,806円	7,611円	11,416円

上記の基本利用料は、三島市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業支給費の額等を定める要領で定める金額であり、そ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	2 割	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	2,042 円	205 円	409 円	613 円
生活機能向上 連携加算（Ⅰ）	サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等の助言に基づき、生活機能向上を目的とした個別サービス計画を作成し、サービス提供した場合	1,021 円	103 円	205 円	307 円
生活機能向上 連携加算（Ⅱ）	サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等と同行し、共同して利用者の身体の状態等を評価した上、生活機能向上を目的とした個別サービス計画を作成し、理学療法士等と連携してサービス提供した場合	2,042 円	205 円	409 円	613 円
口腔連携強化加算 （1 月に 1 回を限度）	口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び担当職員、介護支援専門員又は第一号介護予防支援事業に従事する者に対し、当該評価の結果の情報提供を行った場合	510 円	51 円	102 円	153 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ※	当該加算の算定要件を満たす	上記基本部分と各種加算 合計 24.5 %			

（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。

（注 2）特に記載のない項目については、1 月につき加算される金額です。

（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、あなたの体調や容体の急変など、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	支払い要件等
利用予定日の前日の午後 5 時まで	不要
利用予定日の前日の午後 5 時以降	500 円

（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、20 日以内に差し上げます。

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２７日（郵便局は２０日）（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
銀行振り込み	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平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 静岡銀行 清水町支店 普通口座 ２９１７６５ 社会医療法人 志仁会 理事長 関 伸二
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日（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（又は介護支援専門員）及び三島市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

１１．高齢者虐待の防止について

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため以下の措置を講じます。また、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、これを市町村に通報します。

- （１）虐待防止のための対策を検討する委員会の開催と従業者への委員会結果周知
- （２）虐待防止のための指針の整備
- （３）虐待を防止するための研修の実施
- （４）上記の虐待防止措置を適切に実施するための担当者の設置

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	055-989-7082
	面接場所	当事業所の会議室
	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	三島市長寿政策課	電話 055-983-2759
	静岡県国民健康保険団体連合会	電話 054-253-5590

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、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	
	事業者（法人）名	
	代表者職・氏名	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

立会人	住所	
	氏名	印