

**介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業契約書別紙（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 西予市社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	〒797-1212 愛媛県西予市野村町野村 12 号 15 番地
代表者（職名・氏名）	会長 宗 正 弘
設 立 年 月 日	平成 16 年 4 月 1 日
電 話 番 号	0 8 9 4 - 7 2 - 2 3 0 6

2. 利用事業所の概要

事業所の名称	社会福祉法人 西予市社会福祉協議会 宇和支所	
サービスの種類	第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）	
事業所の所在地	〒797-0015 愛媛県西予市宇和町卯之町四丁目 746 番地	
電 話 番 号	0 8 9 4 - 8 9 - 3 1 3 6	
出張所	名 称	社会福祉法人西予市社会福祉協議会宇和支所 明浜出張所
	所 在 地	愛媛県西予市明浜町高山甲 3 6 5 6 番地
	名 称	社会福祉法人西予市社会福祉協議会宇和支所 三瓶出張所
	所 在 地	愛媛県西予市三瓶町朝立 1 番耕地 360 番地 1
	名 称	社会福祉法人西予市社会福祉協議会宇和支所 野村出張所
	所 在 地	愛媛県西予市野村町野村 12 号 15 番地
指定介護予防訪問介護事業 指定年月日・事業所番号	平成 19 年 3 月 1 日 指定	3 8 7 1 4 0 0 0 6 9
管 理 者 の 氏 名	濱 田 弥 生（はまだ やよい）	
通常の事業の実施地域	西 予 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、若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）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、日常生活上のお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	<p>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。</p> <p>例) 排泄介助、食事介助、更衣介助、清拭、入浴介助、体位変換、その他必要な身体介護</p>
生活援助	<p>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。</p> <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 調理：利用者の食事の用意を行います。（家族分の調理は行いません） ○ 洗濯：利用者の衣類等の洗濯を行います。（家族分の洗濯は行いません） ○ 掃除：利用者の居室の掃除を行います。（利用者の居室以外の居室・庭等の掃除は行いません） ○ 買物：利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。（預貯金の引き出しや預け入れは行いません）

5. 営業日及び営業時間

営業日	<p>天災その他やむを得ず業務を遂行できない日を除き、月曜日から金曜日までとします。</p> <p>ただし、国民の祝日（振替休日を含む）及び年末年始（12月29日から1月3日）は休業します。</p>
営業時間	<p>午前8時30分から午後5時15分まで</p> <p>ただし、電話等により常時連絡が可能な体制とします。</p>
サービス提供日	<p>全日とする。</p>

※ 必要のある場合は、希望により上記規定にかかわらず対応する。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
介護福祉士	常勤 5人、 非常勤 11人
訪問介護養成研修1級課程修了者	常勤 0人、 非常勤 0人
初任者研修修了者	常勤 0人、 非常勤 0人
訪問介護養成研修2級課程修了者	常勤 0人、 非常勤 2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がありましたら、何でもお申し出下さい。

総括サービス提供責任者（訪問事業責任者）	井 関 真由美
----------------------	---------

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割又は2割若しくは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ヶ月)	利用者負担		
			1割	2割	3割
訪問型サービス (独自)Ⅰ (1月につき)	週1回程度の訪問型サービス (独自)が必要とされた者 (事業対象者：要支援1・2)	11,760円	1,176円	2,352円	3,528円
訪問型サービス (独自)Ⅱ (1月につき)	週2回程度の訪問型サービス (独自)が必要とされた者 (事業対象者：要支援1・2)	23,490円	2,349円	4,698円	7,047円
訪問型サービス (独自)Ⅲ (1月につき)	週2回を超える程度の訪問型 サービス(独自)が必要とされ た者 (事業対象者：要支援2)	37,270円	3,727円	7,454円	11,181円

※上記の基本利用料は、西予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。

【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
①初回加算	新規の利用者へサービス提供責任者が自らサービスを提供するか、若しくは他の訪問介護員のサービス提供に同行した場合	2,000円	200円	400円	600円

②-1 生活機能向上連携加算（Ⅰ） (3ヶ月に1回を限度)	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を受け、共同して利用者の心身の状況等を評価した上、生活機能向上を目的とした介護予防訪問介護計画を作成し、サービス提供した場合	1,000円	100円	200円	300円
②-2 生活機能向上連携加（Ⅱ） (初回利用月に1回)	上記、加算Ⅰに加え、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等も訪問して行う場合	2,000円	200円	400円	600円
③口腔連携強化加算 (1回につき) ※1月に1回限り	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の従業者が、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、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合 ・事業所は利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、診療報酬の歯科点数表区分番号C000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師、又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が、当該従業者からの相談等に対応する体制を確保し、その旨を文書等で取り決めている場合 	5,000円	500円	1,000円	1,500円
④介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	当該加算の算定要件を満たす場合	上記、【基本部分】と【加算①・②・③】の合計額の24.5%に当たる額			

※ 当事業所は、処遇改善加算について加算の④を適用致します。

(2) 支払い方法

前記の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、請求しますので、利用日の翌月末日までに次のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 下記指定口座への振込み

J A東宇和 本店 普通 5526998

名義：社会福祉法人西予市社会福祉協議会

*振込手数料は利用者負担となります。

イ. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用出来る金融機関：J A東宇和、伊予銀行、愛媛銀行、日本郵政公社

*引落とし手数料は事業所が負担します。

ウ. 事業所への現金払い

9 緊急時における対応方法

(1) 訪問介護員は、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、速やかに主治医及び家族等へ連絡を行う等の必要な措置を講じます。

(2) 利用者及びその家族に対し、緊急時の対応について事前に助言等の援助を行います。

1 0 事故発生時の対応及び損害賠償

(1) 事業者は、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西予市等への連絡を行うとともに、事故の状況及び事故に際してとった処置を記録し、必要な措置を講じます。

(2) 利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、その損害を賠償します。

保 険 会 社 名	損害保険ジャパン日本興亜株式会社
保 險 名	社協の保険
補 償 の 概 要	社会福祉協議会の内外を問わず、社会福祉協議会及びその役員・職員が業務遂行上、第三者の身体または財物に損害を与え、その結果、法律上賠償責任を負った場合に損害を補償します。

1 1 虐待の防止

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げる措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定

虐待防止に関する担当者	管理者 濱田 弥生
-------------	-----------

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催し、その結果について従業員に周知徹底を図ります。

(3) 虐待防止のための指針を整備いたします。

(4) 従業員に対し、虐待を防止するための定期的な研修を実施いたします。

(5) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（現に養護している家族・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、これを西予市に通報いたします。

(6) 上記の虐待防止措置が未実施の場合は、減算（所定単位数の 100 分の 1）の対象となります。

1 2 衛生管理等

(1) 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。

(2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

(3) 事業所において感染症が発生し、又は、まん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね 6 月に 1 回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底いたします。

② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備いたします。

- ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的を実施いたします。

1.3 身体拘束等の適正化の推進

- (1) 利用者又は他の利用者等の生命、又は身体を保護するため緊急その他やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行わない。
- (2) 身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由等を記録いたします。

1.4 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施いたします。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。
- (4) 上記の業務継続計画等が未実施の場合は、減算（所定単位数の100分の1）の対象となります。

1.5 苦情処理の体制

当事業所は、提供したサービスに対する利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するため、相談・苦情窓口を設置しています。また、苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容等を記録するとともに、その改善に努めます。

【サービス提供に関する相談・苦情窓口】

- (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	〒797-1212 西予市宇和町卯之町4丁目746番地 社会福祉法人 西予市社会福祉協議会 宇和支所 電話番号 0894-89-3136 担当者 濱田 弥生 受付時間 午前8時30分～午後5時15分
---------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- (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。

西予市 長寿介護課	所在地 愛媛県西予市宇和町卯之町3丁目434番地1 電話番号 0894-62-6406 受付時間 午前8時30分～午後5時15分（月～金曜日）
国民健康保険 団体連合会	所在地 愛媛県松山市高岡町101番地1 電話番号 089-968-8700 受付時間 午前9時00分～午後5時00分（月～金曜日）

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者	所在地	愛媛県西予市野村町野村 12 号 15 番地
	事業者名	社会福祉法人 西予市社会福祉協議会
	代表者職・氏名	会長 宗 正 弘 ㊞
	説明者職・氏名	宇和支所サービス提供責任者
		㊞

私は、事業者より本書面に基づいて重要事項の説明を受け、同意しました。
また、この文章が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者	住所	_____
	氏名	_____ ㊞

署名代行者（又は代理人）	住所	_____
	氏名	_____ ㊞
	本人との続柄	_____