

長岡市介護予防・日常生活支援総合事業
指定相当訪問型サービス契約書別紙（兼重要事項説明書）①

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 長岡福祉協会
主たる事務所の所在地	〒940-2135 新潟県長岡市深沢町字高寺2278番地8
代表者（職名・氏名）	理事長 田宮 崇
設立年月日	昭和53年10月11日
電話番号	0258-46-6053

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	介護老人保健施設ぶんすいヘルパーステーション	
サービスの種類	第1号訪問事業（指定相当訪問型サービス）	
事業所の所在地	〒959-0113 新潟県燕市笈ヶ島104番地5	
電話番号	0256-91-3330	
指定年月日・事業所番号	平成14年6月1日指定	1571300530
管理者の氏名	塚原 紀子	
通常の事業の実施地域	燕市 長岡市 弥彦村 出雲崎町	

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、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号訪問介護（指定相当訪問型サービス）は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、など、日常生活上の世話をを行うサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで
営業時間	午前8時30分から午後17時まで 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

	従業者の職種	人数（勤務の形態）
管理者	管理者	1人（常勤・兼務）
サービス提供責任者	介護福祉士	1人（常勤）
訪問介護員	介護福祉士 介護職員初任者研修課程 修了者	2. 5人以上(常勤換算)

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	塚原 紀子
--------------	-------

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、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割または3割）の額です。ただし、介護保険給付等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）指定相当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)
訪問型独自サービス11	週1回程度のサービスを行った場合	11,760円/月	1,176円	2,352円
訪問型独自サービス12	週2回程度のサービスを行った場合	23,490円/月	2,349円	4,698円
訪問型独自サービス13	週3回程度以上のサービスを行った場合（要支援2の利用者のみ対象）	37,270円/月	3,727円	7,454円

上記の基本利用料は、市町村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)	利用者負担 (2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 ／月	200円	400円
生活機能向上連 携加算Ⅰ (1月につき)	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に同行し、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 ／月	100円	200円
小規模事業所 加算		所定単位数の10%加算		
介護職員等処遇 改善加算Ⅰ	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市長に届け出た介護予防訪問サービス事業所が、利用者に対し、介護予防訪問サービスを行った場合	加算を含めた総額に24.5%加算		

(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

指定相当訪問型サービスは、利用料が月単位の定額の為、キャンセル料は不要とします。

(3) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて毎月10日頃までに前月分を請求します。お支払方法は原則として金融機関からの口座引き落としをお願いしております。どうしても自動引き落としの難しい方はお申し出ください。

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25日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の21日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払ください。

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。

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、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び燕市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 虐待の防止等

当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる事項を実施します。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針を整備する。
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修を実施する。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置する。

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	介護老人保健施設ぶんすいヘルパーステーション
	電話番号 0256-91-3330
	FAX 0256-97-1800

- (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	長岡市長寿はつらつ課	電話番号 0258-39-2268
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

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
- (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介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

個人情報の使用に係る同意書

わたくし（利用者及びその家族）の個人情報については、次に定める条件で、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

（御利用者）

（御利用者の御家族）

1. 使用する目的（別紙に配布済み）

- ① 利用者に関わる居宅サービス計画を立案するためのサービス担当者会議での情報提供
- ② 介護支援専門員とサービス事業所との連絡調整において必要となった場合

2. 個人情報を使用する業者及びその誓約

サービスの種類	所在地	事業者名及び 事業者名	代表者印
訪問介護	〒959-0113 新潟県燕市笈ヶ島 104番地5	介護老人保健施設ぶんすい ヘルパーステーション	

※ 利用者のサービス提供に係る当事業所は、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前であっても、提供された個人情報について決して第三者に漏らしません。

3. 使用する期間

契約の開始日～契約を終わらせようとする契約満了日

4. 使用に当たっての条件

- （1）個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係する者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払うこと
- （2）個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて、経過を記録しておくこと

介護老人保健施設ぶんすい

長岡市介護予防・日常生活支援総合事業 指定相当訪問型サービス 利用契約書

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 新潟県燕市笈ヶ島 104 番地 5
事業者名 指定訪問介護事業所
介護老人保健施設ぶんすいヘルパーステーション
管理者 塚原 紀子 印
説明者 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。

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