

訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス）

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、市町村の要綱等の規定に基づき、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 三条市社会福祉協議会 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒955-0823 三条市東本成寺2番1号 |
| 代表者（職名・氏名） | 会長 外山 迪子 |
| 設立年月日 | 平成17年4月1日 |
| 電話番号 | 0256-33-8511（代） |

2. ご利用事業所の概要

| | | |
|-------------|-------------------------|------------|
| ご利用事業所の名称 | ヘルパーステーションさんじょう社協 | |
| サービスの種類 | 訪問型サービスA（緩和した基準によるサービス） | |
| 事業所の所在地 | 〒955-0823 三条市東本成寺2番1号 | |
| 電話番号 | 0256-33-9520 | |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成28年4月1日指定 | 1570400976 |
| 管理者の氏名 | 前田 雄一 | |
| 通常の事業の実施地域 | 三条市 | |

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、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、市町村の要綱等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

訪問型サービスAは、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、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。

| | |
|------|---|
| 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 | 年末年始（12月29日から1月3日）を除く日です。 |
| 営業時間 | 午前7時30分から午後8時まで |

ただし、上記以外でも、管理者が必要と認めるときは、サービス提供の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 | 勤務の形態・人数 | | | |
|-----------------|----------|----|-----|---|
| 介護福祉士 | 常勤 | 人、 | 非常勤 | 人 |
| 介護職員初任者研修課程 修了者 | 常勤 | 人、 | 非常勤 | 人 |
| 市町村が認める研修修了者 | 常勤 | 人、 | 非常勤 | 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ありましたら、何でもお申し出ください。

| | |
|------------|--|
| 訪問事業責任者の氏名 | |
|------------|--|

8. 利用料

①利用者負担金

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は別紙利用料金表のとおりであり、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、3割）の額です。ただし、介護予防サービス費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。

なお、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。また、利用料が月単位の定額の場合は、キャンセル料は不要とします。

| キャンセルの時期 | キャンセル料 |
|----------|--------|
| 利用予定日の当日 | 1,000円 |

(注) 利用予定日の前日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

②支払い方法

上記の利用料（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、次回請求時に差上げます。

| 支払い方法 | 支払い要件等 |
|---------|---|
| 口座引き落とし | サービス利用月の翌月末日（休業日の場合は、翌営業日）に、お届けのあった口座より引き落とします。手数料は事業者負担とします。 |
| 現金払い | サービスを利用された月の翌月末日までに、現金にてお支払い願います。 |

9. 虐待の防止について

事業者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、次の掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

| | |
|---------|-----------|
| 担当職員の氏名 | 管理者 前田 雄一 |
|---------|-----------|

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針を整備しています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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、これを市町村に通報します。

10. 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 | |

11. 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）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

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。

| | |
|-----------|-----------------|
| 窓口設置場所 | 三条市社会福祉協議会 事務室 |
| 担当者 | 管理者 前田 雄一 |
| 苦情解決責任者 | センター長 前田 雄一 |
| 連絡先（電話番号） | 0256-33-8511（代） |

- (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 | 連絡先（電話番号） |
|----------------|--------------|
| 地域包括支援センター | 0256- - |
| 三条市福祉保健部 高齢介護課 | 0256-34-5475 |
| 新潟県国民健康保険団体連合会 | 025-285-3022 |

13. 第三者による評価の実施状況等

| | | | |
|-------------------|------|--------|-----------|
| 第三者による評価 の実施状況 | 1 あり | 実施日 | 年 月 日 |
| | | 評価機関名称 | |
| | | 結果の開示 | 1 あり 2 なし |
| | 2 なし | | |

14. 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 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等）
 - ② 医療行為及び医療補助行為
 - ③ 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
 - ④ 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 三条市東本成寺2番1号
事業者名 社会福祉法人 三条市社会福祉協議会
職・氏名 センター長 前田 雄一
説明者職・氏名 訪問事業責任者

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 _____

署名代行者（又は法定代理人）

住所 _____
本人との続柄 _____
氏名 _____

立会人 住所 _____
氏名 _____