

# 高森町社会福祉協議会 訪問介護事業所

## □ 訪問介護 ・ □ 第1号訪問事業 契約書（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービス提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

### 1. 事業所（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 高森町社会福祉協議会
主たる事業所の所在地	〒399-3101 長野県下伊那郡高森町山吹 3618
代表者（職名・氏名）	会長 湯沢 健彦
設立年月日	昭和 55 年 1 月 22 日
電話番号	0265-34-3717

### 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	高森町社会福祉協議会 訪問介護事業所
サービスの種類	訪問介護・第1号訪問事業
事業所の所在地	〒399-3101 長野県下伊那郡高森町山吹 3618
電話番号	0265-34-3717
指定年月日・事業所番号	平成 11 年 12 月 27 日指定 2072500347
管理者の氏名	金田 美保子
通常の事業の実施場所	高森町

### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護、要支援または事業対象の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生活を営むことが出来るよう、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送ることが出来るよう、訪問介護または第1号訪問事業の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、利用者の心身の健康状態の向上や維持、悪化の防止のため、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

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を行いません。 （例）起居介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助 等
生活援助	家事を行な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、薬の受け取り、衣類の整理 等

## 5. 営業時間

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、年末年始（12月29日から1月3日）を除きます。
営業時間	8時30分から17時30分まで
サービス提供時間	上記以外の曜日、時間帯につきましては相談の上での対応となります。

## 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数	職務内容
管理者	常勤 1名	従業者及び業務の管理 等
サービス提供責任者	常勤 2名以上	サービス内容の整理 等
訪問介護員	常勤換算方法で2.5名以上	訪問介護計画に基づいた指定訪問介護等の提供
事務員	1名	介護給付費請求事務及び通信連絡事務 等

(注1) 排泄介助、入浴介助等に関し、異性介助となる場合があります。

## 7. 利用料金

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」及び「加算」等は以下の通りです。

お支払い頂く「利用者負担額」は、原則として「基本利用料」に対して、市町村から発行される「介護保険負担割合証」に記載された負担の割合を乗じた金額となります。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超過した分については全額をご負担頂きます。

### (1) 訪問介護の利用料金

#### 【基本部分】

名称	1回あたりの所要時間（注1）	基本利用料（注2）	1割負担
身体介護	30分未満	1回 2,440円	244円
	30分以上1時間未満	1回 3,870円	387円
	1時間以上1時間30分未満	1回 5,670円	567円
生活援助	20分未満		
	20分以上45分未満	1回 1,790円	179円
	45分以上	1回 2,200円	220円
身体介護に連続して生活援助を行なう場合、所要時間が20分から25分を増すごと（注3）		20分以上 650円	65円

(注1) 所要時間は、実際のサービス提供時間ではなく、居宅サービス計画に定められた目安の時間を基準とします。

(注2) やむを得ない事情で、かつ利用者の同意を得て同時に2人の訪問介護員等がサービス提供を行った場合は、上記基本利用料の2倍の額となります。

(注3) 身体介護については、所要時間どおりに算定します。

【加算】

加算の種類	加算の要件等	基本利用料	1割負担
初回加算	新規利用者に対してサービスを提供した場合、または2ヶ月以上の期間をおいてサービスを提供した場合（1月につき）	2,000円	200円
緊急時訪問介護加算	利用者や家族等の要請を受け、緊急にサービスを提供した場合（1回につき）	1,000円	100円
早朝・夜間・深夜加算	早朝（6時～8時）または夜間（18時～22時）にサービスを提供した場合	上記【基本部分】の25%	
	深夜（22時～翌朝6時）にサービスを提供した場合	上記【基本部分】の50%	
特定事業所加算（Ⅱ）	当該加算の体制要件及び人材要件を満たすため	上記【基本部分】の10%	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	当該加算の算定要件を満たすため	上記【基本部分】及び【加算】の13.7%	
介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ）	当該加算の算定要件を満たすため	上記【基本部分】及び【加算】の6.3%	
介護職員等ベースアップ等支援加算	当該加算の算定要件を満たすため	上記【基本部分】及び【加算】の2.4%	

※上記【基本部分】及び【加算】は、厚生労働省によって定められた金額であり、これが改定された場合は、上記の金額も自動的に改訂されます。

※上記【加算】について、今後各種要件を満たす（あるいは欠く）ことにより、金額等が変更となったり、新たな加算が算定される（あるいは既存の加算が算定されなくなる）場合があります。なお、その場合は、変更点や金額を事前に書面にてお知らせします。

(2) 第1号訪問事業訪問介護サービスの利用料金

【基本部分】

名称	サービス内容	基本料金	1割負担
訪問型独自サービスⅠ	週1回程度のサービスが必要とされた場合	1月につき 11,760円	1,176円
訪問型独自サービスⅡ	週2回程度のサービスが必要とされた場合	1月につき 23,490円	2,349円
訪問型独自サービスⅢ	週2回を超えるサービスが必要とされた場合	1月につき 37,270円	3,727円

【加算】

加算の種類	加算の要件等	基本利用料	1割負担
初回加算	新規利用者に対してサービスを提供した場合	2,000円	200円
訪問型独自サービス 処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たすため	上記【基本部分】の13.7%	
訪問型独自サービス 特定処遇改善加算Ⅰ	当該加算の算定要件を満たすため	上記【基本部分】の6.3%	
介護職員等ベース アップ等支援加算	当該加算の算定要件を満たすため	上記【基本部分】の2.4%	

※上記【基本部分】及び【加算】は、高森町によって定められた金額であり、これが改定された場合は、上記の金額も自動的に改訂されます。なお、その場合は、変更点や金額を事前に書面にてお知らせします。

※上記【加算】について、今後各種要件を満たす（あるいは欠く）ことにより、金額等が変更となったり、新たな加算が算定される（あるいは既存の加算が算定されなくなる）場合があります。その場合も、事前に書面にてお知らせします。

(3) 訪問型サービスA事業の利用料金

【基本部分】

名称	サービス内容	基本料金	1割負担
訪問型 サービスAⅠ	45分以上	1回につき 2,200円	220円
訪問型 サービスAⅡ	20分から45分未満	1回につき 1,790円	179円

※上記【基本部分】及び【加算】は、高森町によって定められた金額であり、これが改定された場合は、上記の金額も自動的に改訂されます。なお、その場合は、変更点や金額を事前に書面にてお知らせします。

(4) キャンセル料

ご利用予定のサービス提供を中止した場合は、以下の通りキャンセル料を頂くことがあります。ただし、体調や様態の急変等、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、第1号訪問事業訪問介護サービスは、利用料金が月額制のため、キャンセル料は不要とします。

ご利用予定時間の12時間前までにご連絡を頂いた場合	特に費用は掛かりません
上記以外の場合	予定通りサービス提供を行なう場合の利用者負担額に相当する額

### (5) 交通費

通常の事業の実施区域となる高森町内の方は無料です。町外の方にサービス提供を行なう場合は、通常の事業の実施区域を超えた地点から当該利用者のお宅までの往復の距離について、1 kmあたり 30 円を徴収します。

### (6) 支払い方法

上記の利用料金は利用された分を 1 ヶ月ごとにまとめて請求します。前月分のご利用料金を記載した請求書をお届けしますので、25 日までに次のいずれかの方法でお支払いください。

領収書は、現金払いの方はお支払い時に、それ以外の方は翌月にお届けします。

口座振替	サービスを利用した月の翌月 25 日（土日祝日の場合は直後の平日）にあなたが指定する口座から振り替えます。
銀行振込	サービスを利用した月の翌月 25 日（土日祝日の場合は直後の平日）までに事業者が指定する下記にお振り込みください。 みなみ信州農協 高森支所 （普）6038468 ㊦カモリマチシャイフクシヨウガイ
現金払い	サービスを利用した月の翌月 25 日（土日祝日の場合は直後の平日）までに、現金でお支払いください。領収書を準備する都合がありますので、前もって支払日をご連絡ください。

## 8. 緊急時における対応方法

サービスの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、別紙「緊急連絡先」に基づき、利用者の家族、主治医に連絡する等、必要な措置を講ずるとともに、利用者に係る地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所に連絡します。

## 9. 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、利用者に係る地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所、利用者の所在する市町村に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。

## 10. 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。

相談窓口	電話番号	0265-34-3717
	担当	光沢 英明
	面接場所	当事業所相談室

(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出来ます。

苦情受付機関	高森町役場 健康福祉課	電話番号	0265-35-9412
	長野県国民健康保険団体連合会	電話番号	026-238-1580

### 1 1. 虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生またはその再発防止等のため、次の措置を講じるものとする。

- (1) 虐待防止検討委員会を設置し定期的に開催する。また、その結果について従業員に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針を整備する。
- (3) 従業員に対して、虐待を防止するための研修及び、実習を年1回以上実施する。
- (4) 担当者を設置する。 

虐待防止責任者	:	光沢 英明
---------	---	-------

2 事業所は、訪問介護等の提供中に、従業者または擁護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、速やかにこれを高森町に通報するものとする。

### 1 2. 業務継続計画について

事業所は、BCP 委員を配置し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等を継続的に実施するための計画、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「事業継続計画」という)に従い必要な措置を講じるものとする。

- 2 事業所は、従業者に対し、事業継続計画について周知すると共に、必要な研修及び、訓練を年1回以上実施する。
- 3 事業所は、定期的に BCP 委員会を中心に事業継続計画の見直しを行い、必要に応じて事業継続計画の変更を行うものとする。

### 1 3. 衛生管理等

事業所は、訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態の管理を行うと共に、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めるものとする。

### 1 4. 感染症の予防及びまん延防止対策

事業所は、感染症が発生し、またはまん延しないように、感染症対策委員会を設置し次の措置を講じるものとする。

- (1) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を概ね 6 ヶ月に1回以上または、必要に応じて随時開催すると共に、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (2) 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備する。
- (3) 感染症の予防及びまん延防止のための研修及び、訓練を年1回以上実施する。

### 1 5. ハラスメント対策

事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより訪問介護員等の就業環境が害されることを防止するための対応方針の明確化及び、担当者の設置等の必要な措置を講じるものとする。

#### 16. 第三者評価の実施について

実施の有無	有
実施した直近の年月日	令和4年3月30日
実施した評価機関の名称	有限会社 エフワイエル
評価結果の開示状況	開示

#### 17. サービスの利用にあたっての留意事項

(1) サービス提供の際、訪問介護員等は、以下の業務を行なうことはできませんので、予めご了承ください。

①医療行為及び医療補助行為

②各種支払いや年金の管理、金銭の貸借等、金銭に関する取扱い

③家族等、本人以外の方に対する調理等のサービスの提供

(2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供等は固くお断り致します。

(3) 体調や容体の急変等によりサービスを利用出来なくなった時は、できる限り早めに担当の地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所か、当事業所担当者までご連絡ください。

(4) 当事業所では、看護・介護を学ぶ学生の実習の受け入れを行なっています。情報の閲覧、職員との同行等をお願いする場合があります。ご理解ご協力をお願いいたします。

年 月 日

私は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記の通り重要事項を説明しました。

(事業者) 所在地 下伊那郡高森町山吹 3618  
事業者名 社会福祉法人 高森町社会福祉協議会  
代表者 会長 湯沢 健彦 ⑩  
説明者 ⑩

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 ⑩

私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記の署名を行いました。

(署名代行者) 住所  
氏名 ⑩  
本人と  
の続柄