

**介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス
契約書別紙（兼重要事項説明書）**

サービスの提供にあたり、当事業所が_____様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 | 有限会社 西田順天堂薬局 |
| 主たる事務所の所在地 | 高知県南国市大桶甲1705 |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役 西田 光宏 |
| 設 立 年 月 日 | 昭和43年4月20日 |
| 電 話 番 号 | 088-864-2502 |

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白岩 | |
| サービスの種類 | 介護予防訪問介護型相当サービス | |
| 事業所の所在地 | 高知県香南市野市町東佐古727-2 | |
| 電 話 番 号 | 0887-56-1401 | |
| 指定年月・事業所番号 | 平成24年4月 | 3971100163 |
| 管 理 者 氏 名 | 清藤 美夏 | |
| 通常の事業の実施地域 | 高知県南国市・香美市・香南市・芸西村・安芸市 | |

3 事業目的と運営方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 要支援または事業対象者が、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、訪問型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・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

第一号訪問事業は、訪問介護員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。

| | |
|-------|--|
| 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・外出介助など |
| ②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 | 月曜日から金曜、祝日 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 | 月～金：午前8時30分から午後17時30分まで |
| サービス提供時間 | 原則 午前8時30分から午後17時30分まで ※サービスの提供時間についてはご相談ください。 |

6. 事業所の職員体制

| 従業者の職種 | 勤務の形態・人数 | |
|-----------|----------|----------|
| サービス提供責任者 | 常勤 3人以上 | 非常勤 0人 |
| 介護福祉士 | 常勤 2人以上 | 非常勤 2人以上 |
| ヘルパー2級 | 常勤 人 | 非常勤 7人以上 |
| | 常勤 人 | 非常勤 人 |

7. サービス提供の担当者

サービス提供の担当職員(サービス提供責任者)及びその管理責任者(管理者)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。

| | |
|--------------|----------------|
| 管理責任者の氏名 | 清藤美夏 |
| サービス提供責任者の氏名 | 清藤美夏、常石真弓、藤原知子 |

8.利用料

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、お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として1割から3割の額です。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、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

(1) 訪問型サービス利用料

【基本部分】※身体介護及び生活援助

| サービス名称 | サービス内容 | 利用者負担（1割） | 利用者負担（2割） |
|----------|--|-------------|-------------|
| 訪問型サービスⅠ | 週1回程度の訪問型サービスが必要とされた場合 (事業対象者、要支援1・2) | 1月につき1,176円 | 1月につき2,352円 |
| 訪問型サービスⅡ | 週2回程度の訪問型サービスが必要とされた場合 (事業対象者、要支援1・2) | 1月につき2,349円 | 1月につき4,698円 |
| 訪問型サービスⅢ | 週2回以上の訪問型サービスが必要とされた場合 (事業対象者、要支援2) | 1月につき3,727円 | 1月につき7,454円 |

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、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訂されます。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 | 加算の条件（概要） | 利用者負担 | 利用者負担 |
|-------|-----------|-------|-------|
| | | (1割) | (2割) |
| | | | |

| | | | |
|-------------|---------------------|------|------|
| 初回加算 | 新規の利用者様へサービスを提供した場合 | 200円 | 400円 |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ | 1か月の利用料金に24.5%加算 | | |

キャンセル料はいただいておりません。

(3) 支払い方法

上記(1)の利用料(利用者負担額の金額)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を選んでいただきお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収証等については、下記のとおりになります。

| 支払い方法 | | 支払い要件等 | 領収証 |
|-------|---------|---|------------------------|
| | 口座引き落とし | サービスを利用した月の翌日の26日(祝休日の場合は27日)に、指定する口座より引き落とします。 | 口座振替の翌月の請求書と一緒にお渡しします。 |
| | 現金払い | サービスを利用した月の翌月の30日までに、現金でお支払いください。 | 現金でお支払い後領収証を発行します。 |

1.1 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 | 0887-56-1401 |
| | 担当 | 清藤 美夏 |

(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 | 香南市 介護課 | 電話番号 0887-57-8530 |
| | 香美市 介護課 | 電話番号 0887-53-3127 |
| | 高知県国民健康保健団体連合会 | 電話番号 088-820-8409 |

1 2. 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) 体調や容体の急変に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当事業所の担当者へのご連絡ください。

1 3. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

| | | |
|---|---|---|
| 有 | . | 無 |
|---|---|---|

訪問型サービス契約締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

個人情報を使用にかかわる同意書

使用する目的

- ・ 介護サービスの提供
- ・ 利用者の訪問介護計画書を立案し、円滑にサービスが提供される為のサービス

担当者会議での情報提供

- ・ 介護支援専門員とサービス事業者との連絡調整等
- ・ 他の居宅サービス事業者からの照会、居宅介護支援事業者からの照会
- ・ その他サービス提供に関して必要性がある時
- ・ 行政機関への相談又は届出等
- ・ 医療機関、主治医との連携
- ・ 介護保険請求の為の事務関係
- ・ 賠償責任保険等にかかわる保険会社等への相談や届出等

使用にあたっての条件

- ・ 必要最小限とし提供にあたっては関係者以外に漏れることがないように注意致します。
- ・ 個人情報を使用した場合、その内容や提供した相手について記録しておきます。又要望があれば開示します。
- ・ 情報提供について同意しがたい事項がある場合その旨を申し出てください。申し出がない場合は同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。ただし、後から変更される事は可能です。

※ 私は（利用者及び利用者家族）は、個人情報の保護について、上記内容の説明を受け、これに同意します。

個人情報を使用する事業所（契約者）

所在地 高知県香南市野市町東佐古727-2

名称 ヘルパーステーション白岩

電話 0887-56-1401

訪問介護サービス契約書

重要事項説明書

個人情報使用同意

上記の事項についての説明を受け確認・同意し、本書を一部受け取りました。

年 月 日

法人名 有限会社 西田順天堂薬局
代表者 代表取締役 西田 光宏

事業所 所在地 香南市野市町東佐古727-2
事業所名 ヘルパーステーション白岩

説明者

(ご利用者様) 住所

氏名 _____

(代筆者・代理人) 住所

氏名 _____ (続柄)

(ご家族様) 住所

氏名 _____ (続柄)

事故発生・緊急事態等の連絡先方法

| | |
|----------|-----------------------|
| 利用者 | 男 ・ 女 生年月日 年 月 日 歳 |
| 住所 | |
| 電話 | |
| 住所の目標・目的 | |

