

**総合事業第1号訪問事業（訪問型サービスA）
契約書別紙（兼重要事項説明書）**

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人清和会
主たる事務所の所在地	〒832-0059 福岡県柳川市下宮永町523番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 長田修一郎

2. 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椿	
サービスの種類	第1号訪問事業（訪問型サービスA）	
事業所の所在地	〒832-0059 福岡県柳川市下宮永町624番地8	
電話番号	0944-75-1170	
指定年月日・事業所番号	平成29年 1月 1日指定	4072000831
管理者の氏名	柳川弘恵	
事業の実施地域	柳川市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、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、第1号訪問事業（訪問型サービスA）を提供することを目的とします。
運営の方針	1. 要支援者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、生活全般にわたる援助を行う。 2. 市町村、保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

4. 提供するサービスの内容

第1号訪問事業（訪問型サービスA）は、従事者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、衣服の整理など
------	---

5. 営業日時

営業日	月曜日～土曜日 ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月15日）を除きます。
営業時間	平日：午前8時30分から午後5時まで 土曜日：午前8時30分から正午まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	常勤 1人（他事業所との兼務）
サービス提供責任者	常勤 1人
介護福祉士	常勤換算 2.5人以上

7. 管理者・サービス提供責任者及び訪問事業責任者

事業所の管理者及びサービス提供責任者（訪問事業責任者）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。

管理者の氏名	柳川弘恵
サービス提供責任者 （訪問事業責任者）の氏名	池上幸子

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、原則として負担割合証に記載のとおり基本利用料の1割又は2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は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・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	対象	サービスの内容	算定単位
訪問型サービスⅠ （1月につき）	事業対象者、要支援1・2	週1回程度のサービスが必要とされた場合（事業対象者・要支援1・2）	1,176単位/月
訪問型サービスⅡ （1月につき）	事業対象者、要支援1・2	週2回程度のサービスが必要とされた場合（事業対象者・要支援1・2）	2,349単位/月
訪問型サービスⅢ （1月につき）	事業対象者、要支援1・2	週2回を超える程度のサービスが必要とされた場合（事業対象者・要支援2）	3,727単位/月

上記の算定単位は、厚生労働大臣が告示で定める単位であり、改定された場合は、算定単位も自動的に改定されます。

【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	算定単位
初回加算	新規の利用者に対してサービス提供責任者（訪問事業責任者）が初回にサービスを提供した場合等	200 単位/月

- ・介護職員処遇改善加算Ⅳ ひと月につき＋所定単位数×14.5%

【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の額を算定します。

減算額	減算の要件	減算額
同一建物減算	事業所と同一建物等に居住する利用者又は1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者にサービス行う場合	上記基本部分の90%

（２）キャンセル料

第1号訪問事業（訪問型サービスA）は、利用料が月単位の定額制のため、キャンセル料は不要とします。

（３）支払い方法

支払い方法	支払い要件等
口座引落	利用料、その他の費用はご利用月ごとに請求致します。 請求書はご利用月の翌月の10日以降に、ご利用者宛にお届けします。 支払いは、原則口座引落とします。契約時に口座引落用紙のご記入をお願いします。 口座引落日は原則、25日（銀行が休みの場合は翌営業日）なため、引落日までに所定の口座までご入金ください。もし口座引落ができない場合は以下の支払い方法でお支払い下さい。 ア) 事業者指定口座へ振り込み イ) 直接事業所へ支払う

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、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	

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

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 0944-75-1170
	面接場所 当事業所の相談室
	苦情受付時間 事業所の営業日及び営業時間に同じ

（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。

公的機関の相談窓口

広域連合柳川・大木・広川支部

〒832-8555 柳川市三橋町正行 431 柳川市役所三橋庁舎内

TEL:0944-77-8516 FAX:0944-74-1374

福岡県国民健康保険団体連合会 介護保険係

〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町 13 番地 47 号

TEL:092-642-7859 FAX:092-642-7856

1 2. 守秘義務

事業者及びサービス従業者又は従業員は、サービス提供するにあたって知り得た契約者又は家族等に関する事項を正当な理由無く、第三者に漏洩しません。但し、必要に応じて心身の個人情報を提供する場合がございます。

1 3. 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、従事者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
 - 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。

重要事項説明同意書

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 福岡県柳川市下宮永町 523 番地 1

事業者（法人）名 医療法人清和会

代表者職・氏名 理事長 長田修一郎

事業所 所在地 福岡県柳川市下宮永町 624 番地 8

事業所名 ヘルパーステーション椿

説明者職・氏名

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

また、この文書が契約書の別紙（一部）となる事についても同意します。

利用者住所

氏 名

代 筆 者 (又は法定代理人)

住所

本人との続柄

氏 名