

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）契約書別紙（兼重要事項説明書）

1 事業の概要

名 称	有限会社 オギハラ介護サービス	法人種別	有限会社
事業所の所在地	甲州市塩山上塩後1210番地		
サービス提供地域	山梨市		
電 話 番 号	0553-33-5779 FAX0553-33-7677		
代 表 者 氏 名	荻 原 里 美 子		
法人の沿革及び特色	平成 4年 6月1日「介護用品専門店オギハラ」開業 平成10年10月1日法人設立 平成17年4月1日社屋移転 利用者に心のこもったサービスを提供する。 毎月開催する社内研修・検討会により等質・高質なサービスを行う。		
法 人 所 有 の 営 業 の 種 類	指定訪問介護事業・福祉用具貸与事業・障害福祉サービス事業・指定介護予防サービス事業 ・特定福祉用具販売事業・第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）		
サービス提供曜日 及び営業時間	月曜日～土曜日午前9時～午後6時（但し12月29日～1月3日は休日） * 左記以外でも相談のうえ対応可能		
事 業 所 番 号	事業所番号1970300057（平成12年4月1日指定）		

2 運営方針

利用者に心のこもったサービスを提供する。等質・高質なサービスを行う。	
自己評価及び第三者評価の職員研修の実施状況	明るい職場の雰囲気の中で、利用者には誠実に対応している。 平成12年度以後、山梨県の指導方針に基づいて運営を行っている。 毎月、社内ヘルパー研修・ケース検討会を行っている。 毎年複数回、社外研修にヘルパーを派遣させている。

3 事業所の職員体制

職種	常勤(人)	非常勤(人)	合計員数	資格等
管理者	1		1	ホームヘルパー2級
サービス提供責任者	1		1	看護師
訪問介護員		10～15	10～15	介護福祉士およびヘルパー1・2級 看護師

4 サービスの内容

第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排泄や食事等の介助、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。

- ・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、入浴介助
体位交換、服薬介助、通院・外出介助など。

- ・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、薬の受け取り、衣服の整理など。

5 利用料金

- （1） 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頂く「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本料金の1割～3割の額です。

保 険 適 用 分	サービス種類	提供頻度		利用料金		利用者負担 (1 割)
	訪問型サービス21	週1回程度	4回まで	1回につき	2,870円	287円
	訪問型サービス11		4回 超	1ヶ月につき	11,760円	1,176円
	訪問型サービス21	週2回程度	8回まで	1回につき	2,870円	287円
	訪問型サービス12		8回 超	1ヶ月につき	23,490円	2,349円
	訪問型サービス21	週3回程度	12回まで	1回につき	2,870円	287円
	訪問型サービス13		12回 超	1ヶ月につき	37,270円	3,727円
	初 回 加 算				2,000 円	200円
	介護職員 処遇改善加算Ⅱ			利用者負担分の 22.4%		
小 計					円	円

- （2） その他の料金

(3) 交通費

上記で示した「サービス提供地域」におけるサービス利用については、交通費は無料です。

(4) キャンセル料

介護予防訪問介護相当サービスは、月単位の定額のため、キャンセル料はありませんが、中止が決まりましたら、お早めにご連絡下さい。直前のキャンセルにはキャンセル料 500 円を頂戴します。

(5) その他

利用者の住宅で、サービスを提供するために必要となる水道・ガス・電気・電話等の費用は、利用者のご負担になります。

(6) 支払い方法

利用料金の支払いは、基本的に「郵便局の自動払い込み」です。

1ヶ月ごとに計算し、翌月10日までに請求致しますので、15日までに預金残額の確認をお願い致します。やむを得ない場合は、現金または振り込みが可能です。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ① 介護予防訪問介護相当サービスについて、要支援又は事業対象者に認定され、利用料の決定を受けた方で、当事業所のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡ください。

サービス提供に係る重要事項についてご説明します。

- ② サービス利用が決定した場合は契約書を締結し、介護予防訪問介護計画を作成してサービスの提供を開始します。 契約の有効期間は要支援認定期間と同じです。

但し、引き続き認定を受けて利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。

- ③ 介護予防訪問介護の提供にあたっては、適切なサービスを提供するために、利用者自身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させて頂き

(2) サービスの終了

- ① 利用者が当事業所に対して30日間の予告期間をおいて文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。

但し、利用者の病変・急な入院等、やむを得ない事情の場合は予告期間内の通知でも契約を解除することができます。

- ② 当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は、当事業者が破産した場合には、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。
- ③ 利用者がサービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内にお支払い頂けない場合、又は、利用者やご家族が事業者やサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合には、事業者は文書で通知することにより直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させて頂くことがあります。
- ④ 当事業所を閉鎖、又は、縮小する場合等、やむを得ない事情が生じた場合には、契約を解除してサービスを終了させて頂くことがあります。 この場合、契約を解除する日の30日前までに文書で通知します。

(3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくても契約は自動的に終了します。

- ① 利用者が、施設に入所した場合。
介護予防訪問介護の認定期間が終了し、その利用料の決定がない場合。
- ② 利用者が亡くなった場合。

7 当事者のサービス利用に際してご留意いただきたい事項。

担当の訪問介護員 氏名		資格	介護福祉士・ヘルパー1級・2級
担当の訪問介護員 氏名		資格	介護福祉士・ヘルパー1級・2級
サービス提供責任者名	杉田 梓	連絡先	0553-33-5779

※ ヘルパー派遣について

ヘルパーの選出はできませんのでご了承ください。また、事情により予定していたヘルパーが変更になる場合があります。ヘルパー対応についてご要望等ありましたら、会社へご相談ください。

8 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の容態が急変した場合は、主治医に連絡する等、必要な処置を講ずるほか、不在のご家族等に対し必要に応じて緊急時連絡先へ速やかにご連絡します。

9 この契約に関する苦情・相談窓口及び当事業所ご利用相談・苦情窓口

担当者名	荻原 里美子（おぎはら りみこ）	電話番号 0553-33-5779
受付時間	午前9時から午後5時まで	

* なお、当事業所では、苦情対応について独自の取り組みを行っています。

1	上記の受付時間以外にも、緊急時には、転送により24時間のご相談体制を整えております
2	利用者の承諾により、当事業所のヘルパーによるケース検討を行い、より効率的・効果的なサービスの提供を目指しています。

* 当事業所以外に市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

担当部署	山梨市役所介護支援課	電話番号	0553-22-1111
受付時間	午前8時30分から午後5時15分		
担当部署	山梨県国民健康保険団体連合会	電話番号	055-233-9201
受付時間	午前8時30分から午後5時15分		

10 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、金銭に関する取り扱い
- 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当事業所の担当者へご連絡ください。

確 認 書

事業者（有限会社 オギハラ介護サービス）は、サービスの利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要事項を説明しました。

なお、サービスを提供するにあたり、職務上知り得た秘密は厳守致します。

事業者 住 所 甲州市塩山上塩後１２１０番地

名 称 有限会社 オギハラ介護サービス 代表取締役 荻原 里美子 印

説明者 氏 名 印

私は、契約書及び本書面により、これから受けるサービスの重要な事項について、上記事業者から説明を受け、これに同意致します。

又、この文書が契約書の別紙となることについても同意します。

利用者 住 所

氏 名 印

（利用者の代理人または立会人等）

住 所

氏 名 印