

介護予防・日常生活支援総合事業

第1号訪問事業

契約書別紙（兼重要事項説明書）

様

医療法人社団帰厚堂

ヘルパーステーションやはば

ヘルパーステーションやはば
契約書別紙（兼重要事項説明書）
＜ 年 月 日現在＞

1. 事業者（法人）の概要

名 称	医療法人社団 帰厚堂
所 在 地	岩手県紫波郡矢巾町大字広宮沢 1-2-181
電 話 番 号	019-697-5211
代 表 者 名	理事長 木村 宗孝

2. 事業所の概要

事 業 所 名	ヘルパーステーションやはば
所 在 地	岩手県紫波郡矢巾町大字又兵エ新田 5-335
連 絡 先	(TEL) 019-698-1385 (FAX) 019-611-2071
事 業 者 番 号	第 1 号訪問事業（介護予防訪問介護相当サービス） 0 3 7 2 2 0 0 2 0 4
事業実施地域	矢巾町・紫波町・盛岡市（玉山地区を除く） （上記以外の方はご相談ください）
事業所が行っている他の業務	指定身体障害者居宅介護 0 3 1 2 2 0 5 0 1 6

3. 事業所の職員体制

	保有資格	人員（人）	業務内容
管理者	介護福祉士等	1 人	労務・業務管理
サービス提供責任者	介護福祉士等	1 人以上	計画作成・サービス調整
サービス提供者	介護福祉士等	6 人以上	訪問介護
事務職員		1 人（兼務）	経理事務等

4. 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事ができるよう、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（介護予防訪問介護相当サービス）を提供する事を目的とします。

<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、地域の保険・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。

5. 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自宅を訪問し、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。

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為の介助や専門的な援助を行います。 例) ・入浴介助・清拭、洗髪・排泄介助・食事介助 ・起床介助・就寝介助・通所への送り出し（準備） ・見守り等
生活援助	家事を行う事が困難な利用者に対して、家事の援助を行います。 例) ・掃除・洗濯・買い物・調理・薬取り・用足し等
生活上の相談・助言	訪問の際、随時お受けします。

<サービスの利用に関する留意事項>

サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項に留意してください。

サービス内容の留意事項	①サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行う事ができませんので、あらかじめご了承ください。 * 医療行為（法で定められた範囲外）はできません。 * 年金等の管理、金銭の貸借など金銭の取り扱いはできませんのでご了承ください。（生活援助として行う、買物等に伴う少額の金銭の取り扱いは可能です。） * 家族の方の食事の準備や、庭の草取りなどは、できませんのでご了承ください。 * 訪問介護員の車に同乗しての、買い物や通院などはできません。 ② 訪問介護員に対する贈り物や飲食等の提供等は必要ありません。 ③ 体調や様態の急変などによりサービスを利用できなくなった時は、できる限り早めに事業所の担当者又は担当の地域包括支援センターへご連絡ください。
-------------	--

5. 営業日時

営業日	月曜日～金曜日（サービスの提供は、月曜日～日曜日） ただし、年末年始及び盂蘭盆は休業となります。
営業時間	午前 8 時半から午後 5 時半まで ただし、電話等により、24 時間常時連絡が可能な体制を整えるものとします。

＜サービスについての相談窓口＞

電話番号 019-698-1385

サービス提供責任者

6. 利用料金

サービスを利用した場合の基本料金は以下のとおりで、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入されている割合の負担になります。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、超えた額の全額での負担となります。

＊以下は 1 割負担で提示しています。

サービス名称	サービスの内容	基本料金	利用者負担
訪問型サービス 11 （1 月につき）	週 1 回程度の訪問型サービスが必要とされた者 （事業対象者・要支援 1・2）	11,760 円/月	1,176 円/月
訪問型サービス 12 （1 月につき）	週 2 回程度の訪問型サービスが必要とされた者 （事業対象者・要支援 1・2）	23,490 円/月	2,349 円/月
訪問型サービス 13 （1 月につき）	週 2 回を超える程度の訪問型サービスが必要とされた者 （事業対象者・要支援 2）	37,270 円/月	3,727 円/月
訪問型サービス 21 （1 回につき）	標準的な内容の指定相当 訪問型サービスである場合 （事業対象者・要支援 1・2）	2,870 円/回	287 円/回
訪問型サービス 22 （1 回につき）	生活援助が中心で 20～45 分未満のサービスである場合 （事業対象者・要支援 1・2）	1,790 円/回	179 円/回
訪問型サービス 23 （1 回につき）	生活援助が中心で 45 分以上のサービスの場合 （事業対象者・要支援 2）	2,200 円/回	220 円/回

上記の基本料金は、矢巾町、紫波町、盛岡市で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本料金も自動的に改定されます。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。

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。

初回加算	新規利用にあたり訪問介護計画書を作成し、サービス提供責任者の訪問があった場合。 * 二ヶ月休止後に訪問が再開される場合も同様	200 円/月
生活機能向上 連携加算	サービス提供責任者が、訪問リハビリ・通所リハビリ・医療施設のリハビリ、又は医師と連携して訪問介護計画書を作成した場合。 * II 訪問して行う場合	I)100 円/月 II)200 円/月

※ 介護報酬の訪問型サービス処遇改善加算 I は 24.5%、月額の基本報酬及び各種加算の合計に加算となります（支給限度額管理の対象外）。

キャンセル料	無料
交通費	無料 （矢巾町・紫波町・玉山地区を除く盛岡市）
その他	利用者の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用は、利用者のご負担になります。

7. 料金のお支払い方法

当月分の請求書は、翌月の 10 日以降にお渡しいたしますので、末日までにお支払いください。入金確認後、領収書を発行いたします。

9. サービス内容に関する苦情・相談窓口

当事業所利用者苦情・相談窓口

電話番号：019-698-1385 担 当 者：朝日田 由姫恵 受付時間：月～金曜日 8：30～17：30
--

・当事業所以外に市町村の苦情・相談窓口等に苦情を伝えることができます。

	対応窓口	担当者	連絡先	対応時間
□	矢巾町	健康長寿課	TEL 019-611-2830 FAX 019-698-1214	午前 8：30～ 午後 5：15
		矢巾町地域包括支援センター	TEL 019-611-2855 FAX 019-697-2937	午前 8：30～ 午後 7：00

☐	紫波町	生活部 長寿健康課	TEL 019-672-4522 FAX 019-672-4349	午前 8 : 30～ 午後 5 : 15
☐	盛岡市	介護高齢福祉課	TEL 019-651-4111 FAX 019-651-1181	午前 8 : 30～ 午後 5 : 45
☐	岩手県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談係		TEL 019-604-6700 FAX 019-651-1181	午前 9 : 00～ 午後 5 : 00

10. 緊急時の対応

利用者の症状に急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等、必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて、下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

緊急時 家族等 連絡先	氏 名	
	連絡先	
	氏 名	
	連絡先	
主治医	医療機関名	
	氏 名	
	連絡先	

11. 事故発生時の対応

サービスの提供によって、事故が生じた場合は、速やかに利用者のご家族や担当のケアマネジャー等に連絡し、必要な措置を講じます。

12. 虐待の防止について

利用者等の人権の擁護・虐待防止のため、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催
- ② 虐待防止のための指針の整備
- ③ 従業者に対する虐待防止のための研修を定期的実施
- ④ 虐待の防止に関する責任者の選定

13. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。
ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には同意を得るとともに、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

14. 個人情報の取り扱い

当事業所では、次の利用目的で個人情報を開示いたします。

- ① 医療機関・他の事業所等の連携
- ② 審査支払機関へのレセプトの提出及び照会等の回答
- ③ 情報システム運用・保守業務の委託
- ④ 事業所内において行われる学生の実習への協力

※ 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては、関係者以外の者に漏れることのないよう、細心の注意を払います。

確 認 書

令和 年 月 日

サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	〒028-3614 岩手県紫波郡矢巾町又兵エ新田 5-335
	名 称	ヘルパーステーションやはば
	説明者	所属 （医療法人社団帰厚堂） 氏名

私は、事業者から上記の重要事項の説明を受け、サービス提供開始について同意しました。

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	〒 ー
	氏 名	
	電話番号	

利用者家族（代理人）	☐ 私は、本人に代わり、上記署名を行いました。 ☐ 私は、利用者家族（代理人）として説明を受けて確認しました。	
	本人との関係	
	住 所	〒 ー
	氏 名	
	電 話 番 号	