

大牟田市介護予防・日常生活支援総合事業

基準緩和型訪問サービス契約書別紙（兼重要事項説明書）

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

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人信和会
主たる事務所の所在地	〒836-0872 大牟田市黄金町1丁目178
代表者（職名・氏名）	理事長 蓮澤 浩明
設立年月日	昭37年9月11日
電話番号	0944-52-3034

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	訪問介護事業所はなぞの	
サービスの種類	基準緩和型訪問サービス	
事業所の所在地	〒836-0872 大牟田市黄金町1丁目237-1	
電話番号	0944-52-8600	
指定年月日・事業所番号	平成28年10月1日指定	4071500484
管理者の氏名	寺本 芳美	
事業の実施地域	大牟田市	

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、基準緩和型訪問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。

4. 提供するサービスの内容

基準緩和型訪問サービスは、訪問介護員等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。

5. 営業日時

営業日	土曜、日曜、祝日、12月31日から1月3日を除く曜日とする。 ただし、祝日のある週の土曜日は半日営業。
営業時間	午前8時30分から午後5時まで。ただし、祝祭日のある週の土曜日は午後12時30分まで。 ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、24時間対応可能な体制を整えるものとします。

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、兼務 1人、
従事者	常勤 3人、 非常勤 2人

7. 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応じた基本利用料の1割又は2割又は3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、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 基準緩和型訪問サービスの利用料

サービス名称	基本利用料(1月あたり)	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
基準緩和型訪問サービス	9,410円	941円	1,882円	2,823円

(2) 支払い方法

上記(1)の利用料(利用者負担分の金額)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によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、7日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の25日(祝休日の場合は後日の平日)に、あなたが申し込まれた口座振替依頼書により指定された口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日(祝休日の場合は直前の平日)までに、請求書に記載してある事業者が指定する口座にお振り込みください。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。

8. 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は、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	

9. 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及び大牟田市等へ連絡を行うとともに、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。

事業所相談窓口	電話番号 0944-52-8600 面接場所 訪問介護事業所はなぞの
---------	---------------------------------------

(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	大牟田市保健福祉部福祉支援室	電話番号 0944-41-2683
	福岡県国民健康保険団体連合会	電話番号 092-642-7859

11. 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当事業所の担当者へご連絡ください。

12. その他運営についての留意事項

- 1) 事業所は、事業の社会的使命を十分に認識し、職員の資質向上を図るため研究 研修の機会を設け、業務体制を整備する。
- 2) 職員は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持し、他に洩らさない。

3) 事業所は、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持する旨を、職員採用時に文書で確約させる。

4) 事業所は、利用者の同意を得て、利用者に代わり介護サービス費を代理受領する。

5) 事業所は、管理に関する記録及びサービスに関する記録等必要な記録を整備し、保管する。

6) 利用者及び利用者の家族等の禁止行為

① 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）

② 職員に対する精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）

③ 職員に対するセクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為、性的な話をする。）

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 大牟田市黄金町1丁目237-1

事業者（法人）名 訪問介護事業所 はなぞの

代表者職・氏名 印

説明者職・氏名 印

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 印

署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏名 印