

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)

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

- (1) サービス提供の責任者(サービスコーディネーター等)は次のとおりです。なお、サービスについてご相談やご不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

電話番号	0467-42-6731
担当者	内野 晴美

- (2) サービスを提供する主な訪問介護員(ヘルパー)はサービス提供が始まる前にお知らせいたします。なお、当社の都合により訪問介護員を変更する場合は、サービス提供責任者から事前に連絡します。

2. 当事業所の概要

(1) 指定番号およびサービス提供地域

事業所名	鎌倉ケアハートガーデン
所在地	神奈川県鎌倉市植木624-3
(介護保険指定番号)	(1472103827)
管理者・連絡先	永山 朋宏 TEL 0467-42-6731
提供可能サービス	第1号訪問事業
通常の事業の実施地域	鎌倉市

(2) 職員体制 運営規定に準ずる。

(3) 営業日・営業時間

営業日	基本的に365日営業(但し、職員配置その他提供上の都合により一部お受けできない場合があります)
営業時間	8:00~18:00
事務所連絡	8:30~17:15
緊急連絡先	0467-42-6731

(注) ※事務所休業日は日曜日および12月29日~1月3日。ただし、休業日・時間を問わず、緊急連絡体制を整えております。
※ご利用のキャンセル等のご連絡は、事務所連絡時間内をお願いします。

(4) 従事者の業務内容

職種	業務内容
管理者	管理者は、業務の管理を一元的に行ないます。
サービス提供責任者	サービス担当責任者は、派遣ヘルパー等のマネージメントおよび利用者サービスのプランナー業務を行ないます。
訪問介護職員	訪問介護職員は、利用者の居宅において入浴、排泄、食事その他日常生活上の支援を行ないます。

(5)当法人の概要

名称・法人種別	ケアハートガーデン株式会社
代表者役職・氏名	代表取締役 伊東 鐘賛
所在地・連絡先等	〒107-0052(本社) 東京都港区赤坂1-7-1 赤坂榎坂ビル11F TEL: 03-5549-2600
鎌倉ケアハートガーデン	・指定地域密着型通所介護 ・指定介護訪問介護・指定居宅介護支援 ・介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業

3. 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、介護予防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

(1)第1号訪問事業

第1号訪問事業は、訪問介護員等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、必要に応じて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必要に応じて行います。 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。
生活援助	家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を必要に応じて行います。 例)調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など。

(2)サービス実施概要等

相談場所	ご利用者のご自宅、またはご利用者(またはその家族)が指定される場所。 当社の相談室。
サービス提供責任者のモニタリング等	原則として3ヶ月に1度の訪問または電話確認等とさせていただきますが、その他必要に応じて、随時実施いたします。
ケアマネージャー等との連携	ケアマネージャー等との連携を密にし、常に提供するサービスの質の向上に努めていきます。

(3) サービス利用のために

事項	有無	備考
訪問介護員の変更	○	変更を希望される方はご相談下さい
調査(課題把握)の方法	○	弊社訪問介護計画アセスメント
訪問介護員への研修実施	○	年6回 継続研修を実施します
契約後、介護予防ケアプランの作成段階途中でご利用者のご都合により解約した場合の手数料	×	解約料はいただきません

「介護予防ケアプラン」＝介護予防サービス計画書または介護予防マネジメントケアプランとします。

5. 利用料金

(1) サービス利用料金

利用者からお支払いいただく「基本利用料」は、原則として保険者の規定する負担割合証に応じた基本費用の額の1割・2割・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 利用者負担金

利用者負担金は、基本利用料の額、適応する加算あるいは減算の額、その他の額(キャンセル料他)の合計となります。

契約書別紙「料金一覧表」としてお示しております。

② 利用者負担金は、原則として(3)の支払い方法(口座引落)によりお支払いいただきますようお願いいたします。

(2) キャンセルについて

① ご利用者がサービスの利用を中止する際には、速やかに所定の連絡先までご連絡下さい。

電話連絡先	0467-42-6731 訪問介護担当
-------	---------------------

② ご利用者のご都合でサービスを中止する場合は、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡下さい。前日または当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承下さい。

③ キャンセル料は、利用者負担の支払いに併せてお支払いいただきます。

時間	キャンセル料
サービス利用の前々日 17:15 まで	発生なし
上記時間以降及び当日にキャンセルの連絡をいただいた場合	定額: 100円

※ただし、入院などの体調や容体の急変の場合は、キャンセル料は不要とします。

(3) 支払方法

① 毎月15日頃に前月分の請求書を発送いたします。

② ご指定の預金口座から自動引き落としをさせていただきますので、当社の所定の申込書にご記入の上、ご提出願います。なお、申込みをされた当月は事務手続きの関係上、自動引き落としが間に合わない場合がございます。この場合は、翌月以降にまとめて引き落とさせていただきます。

③ 毎月27日頃に自動で引き落としをさせていただきますので、それまでにご利用者各自の指定口座へお振込み下さい。引き落とし日が土日・祝日にあたる場合は、その翌日の引き落としとなります。

※振込み手数料は当社で負担いたします。

(4) コピー代

サービス実施記録等の複写物のご請求の場合に、1枚につき10円を負担していただきます。

6. 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。

7. 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関係機関等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

※6.7.事前に、別途「緊急連絡票」へのご記入をお願いします。

救急対応時、救急車への同乗は本サービスでは行えません。「緊急連絡票」(緊急搬送への対応)にて事前にご確認ください。(携帯電話番号など緊急連絡先を変更された場合には、事業所への連絡をお願いします)
また緊急搬送後の治療(手術等)の同意は、本人家族しかなしえませんが、速やかなご対応をお願い致します。

8. その他のご留意事項

- (1) 利用者がヘルパーの交代を希望される場合には、できる限り対応しますので、前記のサービス提供責任者までご相談ください。ただし、当社の事情によりご希望に沿えない場合もございます。
- (2) 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
(家事援助として行なう買い物等に伴う小額の金銭の取扱いは可能です。)
 - ③ 他の家族の方に対する食事の準備 など
- (3) ヘルパーに対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

9. サービス内容に関する苦情

(1)事業所

当社の本サービスに関するご相談・苦情についてのご相談・苦情を承ります。

担当	電話番号
永山 朋宏	0467-42-6731

(2)その他

当社以外に、市区町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

藤沢市	介護保険担当 0466-25-1111
鎌倉市	介護保険課介護保険担当 0467-23-3000
横浜市栄区	高齢・障害支援課 045-894-8547
横浜市健康福祉局	高齢在宅支援課 045-671-2405

介護予防・日常生活支援総合事業「第1号訪問事業」の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

本書を2通作成し、利用者および事業者が署名押印の上、それぞれ1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

(説明場所) _____

(事業者) 所在地 神奈川県鎌倉市植木624—3
名称 ケアハートガーデン株式会社 鎌倉ケアハートガーデン _____

説明者氏名 _____ 印

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防・日常生活支援総合事業「第1号訪問事業」サービスについての重要事項の説明を受け、その内容に同意し交付を受けました。

(利用者)

住所 _____

氏名 _____ 印

(家族または代理人)

住所 _____

氏名 _____ 印

(本重要事項説明書と同時に「契約書」にも署名・押印をし、それをもって契約開始となります。)

(注) サービス開始にあつては他に「個人情報使用承諾書」「緊急連絡票」へのご署名・ご捺印・ご記入等をお願いします。