

訪 問 介 護 保 険 外 サ ー ビ ス

(契約書別紙兼重要事項説明書)

◎ わたしたち(事業者)の概要は次のとおりです。

事 業 者	社会福祉法人 阿賀野市社会福祉協議会		
事 業 所 名	阿賀野市社協ヘルパーステーションぬくもり	管理者	岩 村 伸 枝
所 在 地	阿賀野市稲荷町11番10号		
電 話 番 号	0250-63-9903		
営 業 日	通年営業（ただし、12月31日～翌年の1月3日までを除く）		
営 業 時 間	午前7時00分～午後8時30分まで		
サービス提供時間	午前7時30分～午後8時00分まで		
ただし、営業日・営業時間・サービス提供時間については、やむを得ない事情による利用希望者があつた場合は、相談させていただきます。			
通常の事業の実施地域		阿賀野市全域	
従 業 者 数	訪問介護員	2.5名以上（内介護福祉士	名 初任者研修以上 名 一定の研修受講者 名）

◎ 提供するサービスの概要は次のとおりです。

1 提供するサービスの内容

生活支援

サービス内容	基本料金
生活支援（身体に触れない内容）	1,000円/1時間 ※介護保険ご利用の方
入院中の洗濯および買い物	

対象者

○介護保険でヘルパーステーションぬくもりを利用している独居や高齢世帯の方

対象病院

○あがの市民病院、阿賀野病院

通院介助

サービス内容	基本料金
通院介助（介護保険で算定出来ない部分）	2,000円/1時間 ※介護保険ご利用の方
通院の往復の移動（片道30分以上） 待合室で待機（30分以上）する場合等	

対象者

○介護保険でヘルパーステーションぬくもりを利用している独居や高齢世帯および日中家族が付き添えない
通院介助利用者（緊急の場合も含む）

○要支援の方

※新規利用者から対象とする

2 利用者負担金

利用者負担金は、次のとおりとする。

生活支援

サービス提供時間	利 用 料 金	考
1時間につき	1,000円	ホームヘルパー1人派遣の場合
30分増すごとに	500円加算	※30分以内は切り捨てにします

○買い物、洗濯等で1時間10分かかった場合…合計金額 1,000円 1時間35分…合計金額 1,500円

※生活保護の方は20%引きとさせていただきます。

通院介助

サービス提供時間	利 用 料 金	備 考
1時間につき	2,000円	ホームヘルパー1人派遣の場合
30分増すごとに	500円加算	※15分以内は切り捨て、15分以上は切り上げにします

○待ち時間、検査等で2時間10分かかった場合…合計金額 3,000円 2時間15分…合計金額 3,500円

※生活保護の方は20%引きとさせていただきます。

- (1) 通院介助等においてホームヘルパーに公共交通機関の交通費などが必要な場合、その実費をいただきます。(サービスご利用時にその都度ご負担いただきます。)
- (2) 利用者負担についてご確認されたいときは、管理者、サービス提供責任者までご連絡ください。
- (3) 利用者負担金は、1か月ごとにまとめて請求いたしますので、次の方法によりお支払い願います。
 - ① 口座引落 サービス利用月の翌月末日までに、指定の口座より引き落としさせていただきます。
(別紙口座振替依頼書のとおり)
 - ② 現金支払 訪問介護サービスを利用された月の翌月末日までに、現金にてお支払いください。

3 サービスの中止(キャンセル)等

- (1) あなたが、このサービスの利用を中止したい場合は、お手数ですが、事前に次の連絡先までご連絡ください。
連絡先電話番号 63-9903
- (2) あなたの都合でこのサービスの利用をキャンセルしても、キャンセル料はいただきません。

4 管理者及び担当職員

あなたを担当する 管理責任者 及び サービス提供責任者 は次の者です。

担当職務名	担当者氏名	資 格	連 絡 先
管 理 責 任 者	岩 村 伸 枝	介護福祉士	Tel 63-9903
サービス提供責任者	柴 澤 みさ子	介護福祉士	

※ ご相談や苦情、連絡等の際は「阿賀野市社協ヘルパーステーションぬくもり」までご連絡下さい。

5 事業所利用の際の留意事項

- (1) あなたがヘルパーの交代を希望する場合は、できる限り対応いたしますので、サービス提供責任者までご連絡ください。
- (2) ヘルパーは次の業務は実施できないので、ご了承ください。
 - ① 医療行為及び医療補助行為
 - ② 年金、預貯金等の金銭の取り扱い
 - ③ 契約者ではない方のサービス提供
- (3) ヘルパーに対し、贈り物、飲食物等の提供はお断りいたします。
- (4) 体調の変化などでサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに阿賀野市社協ヘルパーステーションぬくもりの担当者までご連絡ください。

6 苦情に関する窓口

- (1) 苦情を受け付ける窓口及び苦情責任者は、次のとおりです。

苦情受付窓口	苦情解決責任者	事業所管理者： 岩 村 伸 枝
	苦情受付担当者	サービス提供責任者： 柴 澤 み さ 子
	窓口開設日	土日、祝祭日、年末年始（12月29日から1月3日）を除く毎日
	電話番号	63-9903
	窓口開設時間	午前8時30分から午後5時30分まで

- (2) 当事業者に対する苦情は次の機関にも申し立てることができます。

- 阿賀野市福祉課 0250-62-2510（代表）
- 新潟県国民健康保険団体連合会 025-285-3022（直通）

7 緊急時の対応

提供する訪問介護サービスにおいて、日頃より安全には充分注意を払っておりますが、緊急事態が生じた場合、サービス提供中のホームヘルパーは速やかに主治医に連絡し、適切な処置を行います。主治医に対する連絡が困難である場合には、緊急搬送等の処置を講ずることとします。

利用者の主治医	医療機関名：	_____
	主治医氏名：	_____
	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：	_____ 携帯番号：_____

8 事故発生時の対応

サービス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、地域包括支援センターおよび必要に応じ市町村等連絡を行うとともに、必要な措置を講ずることとします。

サービスの提供開始にあたり、上記のとおり説明いたしました。

令和 年 月 日

(事業者) 所在地 阿賀野市姥ヶ橋669番地

事業者名 社会福祉法人 阿賀野市社会福祉協議会

代表者職・氏名 会 長 圓 山 知 (印)

説明者職・氏名 (印)

上記の内容について説明を受け、同意します。また、この文書が契約書別紙(一部)となることについても同意します。

上記契約の証として、本契約書を2通作成し、利用者及び事業者記名押印のうえ、それぞれ1通ずつを保有します。

(利用者) ご住所

お名前 (印)

利用者の意思を尊重し、代理人として上記の内容について説明を受け、同意します。
また、この文書が契約書別紙(一部)となることについても同意します。

(代理人) ご住所

お名前 (印)

続柄

電話