

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 事業者（運営会社）のご案内

名称	オレンジ合同会社
所在地	〒361-0075 埼玉県行田市向町25番20号-1F
代表者	代表社員 中村匡伸

2 事業所（サービス提供事業所）のご案内

名称	訪問介護四ツ葉	
サービスの種類	第1号訪問事業（介護予防訪問介護相当）	
所在地	〒361-0075 埼玉県行田市向町25番20号-1F	
電話番号	048-577-8081	
指定年月日・事業所番号	平成29年9月1日指定	1173701028
管理者	中村匡伸	

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

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、排せつや食事等の介助、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。

5 営業日・営業時間

営業日	月曜日から金曜日 但し祝祭日、12月29日～1月3日を除く
営業時間	9：00～18：00

6 事業所の職員体制

従業者の職種		勤務の形態・人数			
職名	保有資格	常勤	非常勤	合計	備考
管理者	介護福祉士	1名	0名	1名	
訪問事業責任者	介護福祉士	1名	0名	1名	
従業者	介護福祉士	1名	1名	2名	
	ヘルパー2級	0名	2名	2名	

7 サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の責任者は下記のとおりです。サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

訪問事業責任者の氏名	小暮基見
------------	------

8 ご利用料金

当事業所における第1号訪問事業のサービスを利用した際のご利用料金は以下の表の通りとなります。ご利用者様にご負担いただく金額は原則として基本料金の1割または2割となります。介護保険適用時のご利用者様負担額の詳細の金額については各表における最右列に表示しております「利用者負担」欄をご覧ください。ただし、介護保険給付の支給

限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額を利用者様自身にご負担いただきます。

(1) 第1号訪問事業・介護予防訪問介護相当サービスの利用料

【基本部分】※身体介護及び生活援助

サービス名称	サービスの内容	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
訪問型サービス(独自)Ⅰ(1月につき)	週1回程度の訪問型サービス(独自)が必要とされた者 (事業対象者・要支援1)	12,253円 (1月につき)	1,226円	2,451円
訪問型サービス(独自)Ⅱ(1月につき)	週2回程度の訪問型サービス(独自)が必要とされた者 (事業対象者・要支援1)	24,476円 (1月につき)	2,448円	4,896円
訪問型サービス(独自)Ⅲ(1月につき)	週2回を超える程度の訪問型サービス(独自)が必要とされた者 (事業対象者・要支援2)	38,853円 (1月につき)	3,884円	7,767円

※ 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、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。

【加算】

以下の場合には基本料金に以下の金額が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額		
		基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	2,084円	209円	417円

(2) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
ご利用予定日の当日 ※注1	利用者負担金の30%の額

※ 注1 ご利用予定日の当日に訪問介護員等がご利用者様宅にお伺いした際（現地に到着した際に

キャンセルとなった場合にのみキャンセル料を頂戴いたします。

(3) 支払い方法

上記(1)から(2)までの利用料（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、10日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の10日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 埼玉りそな銀行 加須支店 普通口座 4496715 名義人：オレンジ合同会社
現金払い	サービスを利用した月の翌月の10日までに、現金にてお支払いください。

9 非常時の災害対策

事業者は、非常時その他の緊急事態に備えて、常に関係機関との連絡を密に取り、必要な措置を講じます。

10 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	医療機関名	
	医師名	
	所在地	
	連絡先	
緊急連絡先①	氏名	
	利用者との続柄	
	連絡先	

緊急連絡先②	氏名	
	利用者との続柄	
	連絡先	
居宅支援事業所	担当ケアマネージャー	
	連絡先	

1.1 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。

事業所内相談	ご相談・苦情担当	中村匡伸
	連絡先	048-577-8081
	面談による対応場所	訪問介護四ツ葉 相談室

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、以下の機関にも申し立てることができます。

行田市	健康福祉部 高齢者福祉課 介護保険担当	連絡先 048-556-1111
埼玉国保連	埼玉県国保連合会 介護保険課 苦情対応係	連絡先 048-824-2568

1.2 高齢者虐待の防止について

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため以下の措置を講じます。また、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会の開催と従業者への委員会結果周知
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 虐待を防止するための研修の実施
- (4) 上記の虐待防止措置を適切に実施するための担当者の設置

【実施済の場合】

- 【未実施の場合】

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 埼玉県行田市向町25番20号ー1F

事業者名 オレンジ合同会社

代表者 代表社員 中村匡伸

説明者 ⑩

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 ⑩

■ 署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏名 ⑩

■ 立会人

住所

氏名 ⑩