

訪問介護付加サービス内容説明書

ホームヘルプサービスセンター南風園で提供するサービスは以下の通りです。

1 提供するサービス

- ① このサービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減若しくは悪化の防止、要介護状態とならないよう適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は、親切丁寧に行い、わかりやすいように説明します。ご不明な点などいつでも遠慮なく担当職員に質問して下さい。
- ③ サービスの提供に用いる設備、器具等については安全、衛生に常に注意します。

2 職員体制

職 種	員 数	勤務の体制及び保有資格
管理者	1	常勤、兼務
ホームヘルパー	7	常勤 1 名（介護福祉士） 非常勤 6 名（介護福祉士 1 名、ヘルパー 2 級 5 名） 営業時間 7 時～22 時

3 職員は常に身分証明書を携帯し提示します。

4 利用料

①付加サービスの利用料及びその他の費用は以下の通りです。 (単位：円)

時間帯	30分未満	30分～1時間未満	1時間以上30分毎
7時～19時	800	1,500	800
19時～22時	1,000	1,700	1,000

②通院介助についての付加サービス

7時～22時	550	1,000	550
--------	-----	-------	-----

※なお、2人対応の場合は上記の2倍になります。

5 その他

- ① 当事業所は、あなたに対し毎月中旬迄に、請求書にサービスの提供日や前月の利用料等を記載した明細書を添付して送付します。
- ② 当月の利用料は、翌月末日までに銀行振込若しくは、口座振替にてお支払い下さい。
- ③ 付加サービスをキャンセルした場合は、以下のとおり料金をいただく場合があります。
イ 前日の17時迄のキャンセルについては無料
ロ 前日の17時以降のキャンセルについては利用料の50%以下
- ④ 訪問介護職員は、医療行為を行うことができません。又、年金等の管理や金銭の

貸借などの行為を行うことができません。

- ⑤ 訪問介護職員は、正当な理由なくその事実上知り得た利用者及び家族等の秘密を漏らしません。
- ⑥ 職員であったものに、業務上知り得た利用者及び家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を伝えます。

訪問付加サービス契約書

甲（利用者）

乙（事業所） 社会福祉法人 清徳会

ホームヘルプサービスセンター南風園

訪問介護サービス事業所 ホームヘルプサービスセンター南風園（以下「乙」といいます。）の付加サービスを利用するにあたり、次のとおり利用契約書を締結します。

（付加サービス契約の目的）

第1条 乙はこの契約に従い、甲に対し介護保険に該当しない、入浴、排泄、食事の介護、その他の生活全般にわたる援助を提供します。

2 甲は、乙からサービスの提供を受けたときは、乙に対し別紙サービス内容説明書の記載に従い利用料を支払います。

（契約期間）

第2条 本契約の有効期間は、平成 年 月 日から甲が終了を申し出る迄とします。

但し、甲が死亡した場合はこの契約は終了します。

（賠償責任）

第3条 乙は、甲に対するサービスの提供にあたって事故が発生し、甲又は甲の家族の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、速やかに甲に対して損害を補償します。

但し、乙に故意過失がなかった場合はこの限りではありません。

2 前項の場合、甲又は甲の家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減額することができます。

（秘密保持）

第4条 乙及び乙の職員は、正当な理由がない限り、甲に対するサービスの提供に当たり知り得た、甲又は甲の家族の秘密を漏らしません。

2 乙は、乙の職員が退職後、在職中に知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らすことがないように必要な措置を講じます。

（苦情への対応）

第5条 甲又は甲の家族は、提供されたサービスに不満がある場合、何時でも苦情を申立てることができます。なお、当事業所の苦情申立窓口は下記のとおりとなります。

特別養護老人ホーム南風園 電話0577-33-3730

責任者 施設長、窓口担当 生活相談員

また、当法人の設置する第三者委員での受付も致しております。

- 2 乙は、甲に提供したサービスについて、甲又は甲の家族からの苦情の申し出があった場合は、迅速、適切に対処し、サービスの向上、改善に努めます。
- 3 乙は、甲が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な取扱いもいたしません。

(契約に定めのない事項)

第6条 本契約に定めのない事項については、甲及び乙の協議により定めます。

本契約を証するため、甲乙は署名押印のうえ本契約書を2通作成し、甲乙各1通保有します。

平成 年 月 日

(利用者 甲)

私は、以上の契約につき説明を受け、その内容を理解し本契約を申込みます。

住 所

氏 名

⑩

電話番号

(署名代行者)

私は、甲の意思を確認したうえ、次の理由（1. 寝たきり 2. 認知症 3. 手の障害 4. その他）により署名を代行しました。

住 所

氏 名

⑩

電話番号

(甲の家族)

私は、以上の契約につき説明を受け、その内容を理解し、サービスの提供開始に同意します。

住 所

氏 名

㊟

電話番号

(事業所 乙)

当事業所は、甲の申込みを受け、本契約に定める義務を誠実に履行します。

事 業 者

所 在 地 岐阜県高山市新宮町 1322 番地の 1

名 称 社会福祉法人 清徳会
理事長 荒 井 信 一

㊟

事 業 所

所 在 地 岐阜県高山市千島町 1257 番地の 2

名 称 ホームヘルプサービスセンター南風園
施設長 堅 野 尚 一

㊟

電話番号 0 5 7 7 - 3 3 - 3 7 3 0

F A X 0 5 7 7 - 3 3 - 3 7 5 1