

訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕サービス契約書

甲（利用者）

乙（事業者） 仁愛訪問入浴介護事業所

管理者 松 代 恵 美 子

（居宅サービス契約の目的）

- 第1条** 乙は、介護保険法等関係法令及びこの契約書に従い、甲に対し、甲が可能な限り居宅においてその能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、このサービスを提供します。
- 2 乙は、サービス提供にあたっては、甲の要支援・要介護状態区分、及び本契約書末尾にその写しが添付されている、甲の被保険者証に記載された認定審査会意見に従って、甲に対しサービスを提供します。
- 3 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、利用料自己負担分を支払います。

（契約期間）

- 第2条** この契約の期間は、
令和 年 月 日～令和 年 月 日
とします。

但し、契約期間満了日以前に甲が要支援・要介護状態区分の変更の認定を受け、要支援・要介護認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要支援・要介護認定有効期間満了日までとします。

- 2 上記契約期間満了日の30日以上前に甲から更新拒絶の申し出がない場合、乙は甲に対し、契約更新の意思を確認し、本契約と同一内容での更新の意思が確認された場合には、その旨の確認書を取り交わし、本契約書末尾に添付します。
- 3 甲から更新拒絶の意思が表示された場合は、乙は、他の事業者の情報を提供する等、必要な措置をとります。

（居宅サービス計画変更の援助）

- 第3条** 乙は、甲が居宅サービス計画（ケアプラン）の変更を希望する場合は、速やかに介護支援専門員に連絡するなど必要な援助を行います。

（サービス内容の変更）

- 第4条** 乙が提供する訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕サービスのうち、甲が利用するサービスの内容、利用回数、利用料及び介護保険法適用の有無については、別紙サービス内容説明書の通りです。
- 2 甲は、いつでも訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕サービスの内容を変更するよう申し出ることができます。
- 乙は、甲からの申し出があった場合、第1条に規定する居宅介護サービス契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、速やかに訪問入浴介護

〔介護予防訪問入浴介護〕 サービスの内容を変更します。

- 3 サービス内容を変更した場合、甲と乙とは、甲が変更後に利用する訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕 サービスの内容、利用回数、利用料及び介護保険の適用の有無について記載した、利用サービス変更合意書を交わします。

(介護保険の適用を受けないサービスの説明)

第5条 乙は、その提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、特にそのサービスの内容及び利用料を説明し、甲の同意を得ます。

(甲の解約権)

第6条 甲は、乙に対し、いつでもこの契約の解約を申し入れることができます。

この場合には、3日以上予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解除されます。

(乙の解除権)

第7条 乙は、甲が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、乙の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、この訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕 サービス利用契約の目的を達することが著しく困難となったときは、文書により、2週間以上の予告期間をもって、この契約を解除します。

- 2 乙は、前項によりこの契約を解除する場合には、担当の介護支援専門員又は甲が住所を有する市町村に連絡を取り、必要な措置を講じます。

(利用料の滞納)

第8条 甲が、正当な理由なく乙に支払うべき利用料の自己負担分を3ヶ月分以上滞納した場合には、乙は甲に対し、1ヶ月以上の期間を定めて、期間内に滞納額の全額の支払いがないときは、この契約を解除する旨の催告をすることができます。

- 2 乙は、前項の催告をした場合には、甲担当の介護支援専門員、甲が住所を有する市町村等と連絡を取り、解除後も甲の健康・生命に支障のないように、必要な措置を講じます。
- 3 乙は、前項の措置を講じた上で、甲が第1項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもってこの契約を解除することができます。

(契約の終了)

第9条 次の各項のいずれかに該当する場合には、この契約は終了します。

- 一 甲が死亡したとき。
- 二 第6条に基づき、甲から解約の意思表示がなされたとき。
- 三 第7条に基づき、乙から契約の解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。
- 四 第8条に基づき、乙から契約の解除の意思表示がなされたとき。
- 五 甲が介護保険施設へ入所した場合。
- 六 甲の要支援・要介護状態区分が、自立とされた場合。

(連帯保証人)

第10条 連帯保証人は契約者と連携して本契約から生じる契約者の債務を負

担するものとします。

2 前項の負担は、限度額50万円を限度とします。

3 連帯保証人が負担する債務の元本は、契約者又は連帯保証人が死亡したときに、確定することとします。

4 連帯保証人からの請求があったときは、事業者は連帯保証人に対し、遅滞なく利用料等の支払状況や滞納金の額、損害補償の額等、契約者の全ての債務の額等に関する情報を提供するものとします。

(損害賠償)

第11条 乙は、甲に対する訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕サービスの提供にあたって、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、速やかに甲又は甲の家族に対して損害を賠償します。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12条 乙及び乙の従業員は、正当な理由がない限り、甲に対する訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕サービスの提供にあたって知り得た甲又は甲の家族の秘密を漏らしません。

2 乙は、乙の従業員が退職後、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。

3 乙は、甲の個人情報を用いる場合は甲の、また、甲の家族の個人情報を用いる場合は甲の家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、甲又は甲の家族の個人情報を用いませぬ。

(苦情処理)

第13条 甲又は甲の家族は、提供された訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕サービスに不満がある場合、いつでも別紙重要事項説明書記載の苦情申立機関に、苦情を申し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通りです。

名 称 仁愛訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕事業所
電 話 0776-26-6688 F A X 0776-30-8380

2 乙は、甲に提供した訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕サービスについて、甲又は甲の家族から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扱いもいたしません。

(契約外条項)

第14条 本契約に定めのない事項については、介護保険法その他諸法令の定めるところを尊重し、甲及び乙の協議により定めます。

以上のとおり、契約が成立したことを証するために、本契約書を2通作成し、契約者及び事業者は記名押印の上、各自1通ずつ保有することとします。

年 月 日

ご契約者 (利用者)	私は、以上の契約の内容について説明を受け、内容を確認しました。 私は、この契約書で確認する訪問入浴〔介護予防訪問入浴〕サービスの利用を申し込みます。			
	住 所	〒□□□-□□□□		
	氏 名	印		
	電話番号	() -	F A X	() -

代理人	私は、以上の契約の内容について説明を受け、内容を確認しました。 私は、本人の契約意思を確認しました。			
	本人との 続柄			
	住 所	〒□□□-□□□□		
	氏 名	印		
	電話番号	() -	F A X	() -

事業者	当事業所は、訪問入浴サービス事業者として契約者の申し込みを受諾し、この契約に定める各種サービスを誠実に責任を持って行います			
	所 在 地	〒910-0021 福井市乾徳4-4-7		
	名 称 管 理 者	仁愛訪問入浴介護事業所 管理者 松代 恵美子 印		
	電話番号	(0776) 26 - 6688	F A X	(0776) 30 - 8380

サービス内容説明書（訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕サービス）

当事業者が、あなたに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

訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕サービス

ご利用日：（毎・隔）週（月、火、水、木、金）曜日

入浴時間は約 分です。

- ① このサービスの提供にあたっては、あなたの要支援・要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要支援・要介護状態となることの予防になるよう適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問してください。
- 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。特に、利用者の身体に接触する設備、器具については、サービスの提供ごとに消毒したものを用います。

2. 担当の職員

あなたの担当の訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕職員は、以下の通りです。

看護職員 1名（ ）

介護職員 2名（ ）

（ ）

上記の責任者は（ ）です。

- ① 職員は、常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでも、その提示をお求めください。
- ② あなたの身体の状態が安定していて、入浴により身体の状態に支障がないと認められる場合は、主治医の意見を確認した上で、看護職員に代え、介護職員を派遣することがあります。この場合には、事前にあなたの了解を取ります。

3. 担当職員の変更

- ① あなたはいつでも担当の訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕職員の変更を申し出ることができます。その場合、訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕サービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。
- ② 当事業者は、担当の訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕職員が退職する等正当な理由がある場合に限り、担当の訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕職員を変更することがあります。その場合には、事前にあなたの了解を得ます。
- ③ 当事業所では担当職員は特に定めておりませんが、万一何らかの理由で予定通りの訪問ができなくなった場合は、速やかにご利用者宅に連絡し、了

解を得た上で他の訪問入浴介護職員を当てるなど迅速に対応いたし、決してご利用者へご迷惑を掛けません。

4. 利用料

訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕サービスの利用単位ごとの利用料及びその他の費用は、以下の通りです。

区 分	内 容	単 価	回／週	利 用 料	備考（加算）
保険適用分	全身浴	1,266 円	×	円	※加算関係 下記参照
	部分浴	1,139 円	×	円	
保険適用分 （介護予防）	全身浴	856 円	×	円	※加算関係 下記参照
	部分浴	770 円	×	円	
1 カ月当たりのお支払合計額の目安				円～	円
・ 陰洗、足洗、手浴などの部分浴の場合は、全身浴の 9 割給付となり、ご利用者様の介護負担割合証に基づいてご負担分をお支払いいただきます。 ※加算関係 当事業所は以下の加算を算定しております。 1、サービス提供体制強化加算Ⅰ 44 単位／回 2、山間地域に居住する方へのサービス提供加算 所定単位数の 5 % 加算 （福井市以外に居住されている方のみ対象） 3、介護職員処遇改善加算Ⅰ 総単位数の 5. 8 % 4、介護職員特定処遇改善加算Ⅰ 総単位数の 2. 1 % 5、初回加算 200 単位／月 なお、一単位あたりの単価は 10. 21 円 6、看取り連携体制加算 64 単位／回 ※死亡日及び死亡日以前 30 日以下に限る					

- ① 訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として公的機関の発行する介護負担割合証に基づいてご負担分をお支払いいただきます。
- ② 提供を受ける訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。
- ③ 当事業者は、あなたに対し、毎月 10 日頃までに、サービスの提供日、前月の利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し、請求書に添付して送付します。
- ④ 毎月の利用料は、翌月 25 日までにお支払いください。

5. 保険給付の請求のための証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出ください。

重要事項説明書（訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕サービス）

あなたに対する訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、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. 事業所概要

開設者の名称	株式会社 仁愛ケアサービス
主たる事務所の所在地	福井市乾徳4丁目5番5号
法人種別	株式会社
代表者名	代表取締役 川堺れい子
電話番号	0776-30-5600

介護保険法令に基づき福井県知事から指定を受けている事業所名称（指定番号）	各事業所につき介護保険法令に基づき福井県知事から指定を受けている居宅介護サービスの種類
仁愛訪問入浴介護事業所（1860190568）	訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	仁愛訪問入浴介護事業所
指定番号	1860190568
所在地	福井市乾徳4-4-7
電話番号	0776-26-6688

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的

看護師又は介護職員が、要支援・要介護状態にある高齢者等に対し、適正な指定訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕を提供することを目的とする。

運営方針

事業所の訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕員等は、要支援・要介護状態となった場合においても、その利用者が、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、居宅における入浴の援助を行うことによって、利用者の身体の清潔の保持、心身機能の維持等を図るものとする。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

4. ご利用事業所の職員体制

ご利用事業者の従業者の職種	員数
看護職員	1人以上
介護福祉士	1人以上
介護職員	2人以上

5. 営業時間・実施地域

営業日	月曜日～金曜日
休業日	土・日曜日、年末年始（12月31日～1月3日）
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
通常の事業の実施地域	通常の事業の実施地域は、福井市とする

6. 利用料

訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕サービスの利用単位ごとの利用料及びその他の費用は、以下の通りです。

区 分	内 容	単 価	回／週	利 用 料	備考（加算）
保険適用分	全身浴	1,266 円	×	円	※加算関係 下記参照
	部分浴	1,139 円	×	円	
保険適用分 （介護予防）	全身浴	856 円	×	円	※加算関係 下記参照
	部分浴	770 円	×	円	

1 カ月当たりのお支払合計額の目安 円～ 円

・陰洗、足洗、手浴などの部分浴の場合は、全身浴の9割給付となり、ご利用者様の介護負担割合証に基づいてご負担分をお支払いいただきます。

※加算関係

当事業所は以下の加算を算定しております。

- サービス提供体制強化加算 44単位／回
- 山間地域に居住する方へのサービス提供加算 所定単位数の5%加算
（福井市以外に居住されている方のみ対象）
- 介護職員処遇改善加算 総単位数の5.8%
- 介護職員特定処遇改善加算 総単位数の2.1%
- 初回加算 200単位／月
なお、一単位あたりの単価は 10.21円
- 看取り連携体制加算 64単位／回
※死亡日及び死亡日以前30日以下に限る

①訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として公的機関の発行する介護負担割合証に基づいてご負

担当をお支払いいただきます。

- ② 提供を受ける訪問入浴介護〔介護予防訪問入浴介護〕サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額（介護報酬相当額）をお支払いいただきます。
- ③ 当事業者は、毎月10日頃までにサービスの提供日、前月の利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し、請求書に添付して送付します。

7. 苦情申立窓口

仁愛訪問入浴介護事業所	ご利用方法	電話 面接 担当者	0776-26-6688 福井市乾徳4-4-7 松代 恵美子
福井市介護保険課	ご利用方法	電話 面接	0776-20-5715 福井市大手3-10-1
福井市介護保険課	ご利用方法	電話 面接	0776-20-5715 福井市大手3-10-1
福井県長寿福祉課	ご利用方法	電話 面接	0776-20-0332 福井市大手3-17-1
福井県国民健康保険 団体連合会	ご利用方法	電話 面接	0776-57-1614 福井市西開発2-202-1 福井県自治会館4階

8. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。		
利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称	大滝病院
	院長名	大滝 憲夫
	所在地	福井市日光1丁目2番1号
	電話番号	0776-23-3215
	診療科	内科、胃腸科、呼吸器科、循環器科、泌尿器科、神経内科、小児科
	入院設備	有り
	救急指定の有無	有り
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

9. 事故発生時の対応

当事業所は利用者に対する訪問介護・予防介護の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村の各介護保険担当課、利用者の家族、居宅介護支援・地域包括支援センター、主治医等に連絡を行うとともに原因究明、当面の対応および今後の措置等必要な対応を実施する。また、利用者に対する訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに実施する。

※なお、事業計画ならびに財務内容を閲覧されたい場合は、当社本店(福井市乾徳4-5-5 仁愛ケアサービス)にていつでも閲覧可能です。また、介護サービス提供記録の閲覧は当事業所でいつでも可能です。

令和 年 月 日

当事業者は、契約者に対する訪問入浴サービスの提供開始に当たり、契約者等に対してサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました

居宅サービス事業者

事業所所在地

福井市乾徳４－４－７

名 称

仁愛訪問入浴介護事業所

管理者 松代 恵美子 印

説明者

氏 名

印

ご契約者 (利用者)	私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、事業所からサービス内容及び重要事項の説明を受け、これらを十分に理解した上で、サービスを受けることに同意します。又サービス担当者会議等において、私の個人情報を用いることに同意します。			
	住 所	〒□□□－□□□□		
	氏 名	印		
	電話番号	() —	F A X	() —

代理人	私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、事業所からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。これらを十分に理解した上で、契約者がサービスを受けることに同意します。			
	住 所	〒□□□－□□□□		
	氏 名	印		
	電話番号	() —	F A X	() —