

訪問介護サービス契約書

甲（利用者）

乙（事業者） 仁愛訪問介護事業所

管 理 者 伊 藤 真 紀

（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（介護給付対象者）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～利用終了日まで

とします

2 甲から更新拒絶の意思表示された場合は、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、速やかに訪問介護サービスの内容を変更します。

（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 甲の要介護状態区分が、自立とされた場合。

(損害賠償)

第10条 乙は、甲に対する訪問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11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、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ん。

(苦情処理)

第12条 甲又は甲の家族は、提供された訪問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出来ます。

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13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

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介護サービスの利用を申込みます。			
	住 所	〒 ー		
	氏 名	印		
	電話番号	() ー	F A X	() ー

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	〒 ー		
	氏 名	印		
	電話番号	() ー	F A X	() ー

事業者	当事業所は、訪問介護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	仁愛訪問介護事業所 管理者 伊藤 真紀 印		
	電話番号	(0776) 26 ー 6688	F A X	(0776) 30 ー 8380

サービス内容説明書（訪問介護サービス）

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

訪問介護サービス

次のサービスのうち、（ 身体介護 生活援助 ）の（ ）種類のサービスを一週間に（ ）回、別紙居宅サービススケジュール表に従って提供します。

〈身体介護〉

〈生活援助〉

- ☐①洗面介助 ☐⑦清拭 ☐⑭調理
☐②移動介助 ☐⑧入浴介助 ☐⑮洗濯
☐③排泄介助 ☐⑨体位交換 ☐⑯掃除
☐④整容介助 ☐⑩服薬確認 ☐⑰買物
☐⑤食事介助 ☐⑪通院介助 ☐⑱薬の受取
☐⑥更衣介助 ☐⑫乗降介助 ☐⑲ゴミ捨て
☐⑬その他（ ） ☐⑳シーツ交換

サービスの提供手順は、別紙サービス手順確認書にて確認します。

- 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もしくは悪化の防止、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遠慮なくご質問ください。
- 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 uses。

2. 担当の職員

あなたの担当の訪問介護職員は、以下の通りです。

$$\left(\begin{array}{c} \text{ } \\ \text{ } \\ \text{ } \end{array} \right)$$

上記の責任者は（ ）です。

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。

3. 担当職員の変更

- ① あなたはいつでも担当の訪問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。

4. 利用料

訪問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。

(毎月のサービス利用票を御参照ください)						
区 分	時 間	単 価	回／週	利 用 料	備考 (加算)	
身 体	保険適用分	時間 分	円	×	円	
生 活	保険適用分	時間 分	円	×	円	
複 合	保険適用分	時間 分	円	×	円	
	1 週間当たりの利用料					
	保険適用分				円	
	自己負担額 (介護負担割合証に基づく)				円	
	保険適用外分				円	
	1 週間当たりのお支払い合計額				円	
	1 カ月当たりのお支払合計額の目安				円～	円

時間別単価は

【身体介護】 20分未満 196単位 20分～30分未満 293単位
(主なもの) 30分～1時間未満 464単位

【生活援助】 20分～45時間未満 215単位
(主なもの) 45分以上 264単位

加算 初回加算 200単位/月

サービス提供責任者が初回もしくは初回訪問の属する月に訪問した場合

緊急時訪問介護加算 100単位/回 (居宅サービス計画にない訪問介護を (身体介護) 緊急に行った場合)

生活機能向上連携加算 (Ⅰ) 100単位/月 (Ⅱ) 200単位/月

口腔連携強化加算 50単位/回

介護職員処遇改善加算 (所定単位数に24.5%を乗じた単位数)

加算要素 早朝 (6時～8時) ・夜間 (18時～22時) 25%増し
深夜 (22時～翌朝6時) 50%増し

一単位あたりの単価 ⇒ 10.21円

※当事業所は特定事業所加算Ⅰを算定しております。

※当事業所は中山間地域等の居住者へのサービス提供加算を算定しております。

【乗降介助（介護タクシー）自己負担額】（※1割負担の場合）

Aプラン（付添いのいない方）

出発地からの距離	～1.5km	2 km迄	2.5km迄	3km迄
運賃	400円	520円	640円	760円
利用料	116円※			
支払合計	516円	636円	756円	876円

Bプラン（付添い等の身体介護が必要な方）

出発地からの距離	～1.5km	2 km迄	2.5km迄	3km迄
運賃	400円	520円	640円	760円

介護利用時間	～29分迄	30～59分迄	60～89分迄	90～119分迄
身体介護利用料	293円※	464円※	680円※	778円※

週当たりの回数に関してはご利用者および地域包括支援事業所等の職員の双方で決定されます。

※ また、契約期間が1月に満たない場合は、その1月の定額の基本単位数に30、4日を除し、さらにご利用日数を乗じたものとなります。

※移動費として福井市・坂井市以外は、1律に所定単位数の5%を加算。

- ① 訪問介護サービスが、介護保険の適用を受ける場合、交付された介護負担割合証に記載された負担率を乗じた額をお支払いいただきます。
- ② また提供を受ける訪問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日までに支払ってください。
（他のお支払い方法をご希望の方は、お申し出ください）
- 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。
- ⑥ その他
訪問介護職員は
 - ・医療行為を行うことができません。
 - ・各種支払や年金等の管理、金銭の貸借など、金銭を取扱うことはできません。
 - ・利用者のための家事・介護を行う業務なので、庭の草刈りや他の家族の食事の用意などを行うことはできません。
 - ・当ステーションでは担当ヘルパーは特に定めておりませんが、万一何らかの理由で予定どお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。

重要事項説明書（訪問介護サービス）

あなたに対する訪問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
開設者の所在地	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
仁愛訪問介護事業所 (1860190550)	訪問介護

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	仁愛訪問介護事業所
指定番号	1860190550
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

介護福祉士又は訪問介護員研修の修了者が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問介護を提供することを目的とする。

運営方針

事業所の訪問介護員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。

事業の実施に当たっては、関係市町、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（令和6年4月1日現在）

ご利用事業者の従業者の職種	員数	勤務の体制
介護福祉士	15人以上	常勤10名以上 非常勤5名以上
実務者研修の者	1人以上	非常勤1名以上
初任者研修の者	2人以上	非常勤2名以上

5. 営業時間

営業日	年中無休
営業時間	24時間
通常の事業の実施地域	通常の事業の実施地域は福井市、坂井市とする

6. 利用料

時間別単価は

【身体介護】 20分未満196単位 20分～30分未満293単位
30分～1時間未満464単位

【生活援助】 20分～45時間未満215単位
45分以上264単位

加算 初回加算 200単位/月
サービス提供責任者が初回もしくは初回訪問の属する月に訪問した場合
緊急時訪問介護加算 100単位/回（居宅サービス計画にない訪問介護を（身体介護）緊急に行った場合）
生活機能向上連携加算（Ⅰ）100単位/月 （Ⅱ）200単位/月
口腔連携強化加算50単位/回
介護職員処遇改善加算（所定単位数に24.5%を乗じた単位数）
加算要素 早朝（6時～8時）・夜間（18時～22時）25%増し
深夜（22時～翌朝6時）50%増し

一単位あたりの単価 ⇒ 10.21円

※当事業所は特定事業所加算Ⅰを算定しております。

※当事業所は中山間地域等の居住者へのサービス提供加算を算定しております。

【乗降介助（介護タクシー）自己負担額】（※1割負担の場合）

Aプラン（付添いのいない方）

出発地からの距離	～1.5km	2 km迄	2.5km迄	3km迄
運賃	400円	520円	640円	760円
利用料	116円※			
支払合計	516円	636円	756円	876円

Bプラン（付添い等の身体介護が必要な方）

出発地からの距離	～1.5km	2 km迄	2.5km迄	3km迄
運賃	400円	520円	640円	760円

介護利用時間	～29分迄	30～59分迄	60～89分迄	90～119分迄
身体介護利用料	293円※	464円※	680円※	778円※

7. 苦情申立窓口

仁愛訪問介護事業所	ご利用方法	電話 面接 担当者	0776-26-6688 福井市乾徳4-4-7 管理者
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
坂井市健康長寿課	ご利用方法	電話 面接	0776-50-3040 坂井市坂井町下新庄1-1
坂井地区広域連合	ご利用方法	電話 面接	0776-72-3305 坂井市坂井町上兵庫40-15
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4-202-1 福井県自治会館4階

8. 個人情報の保護

個人情報の保護	当職員は、利用者に対する訪問介護サービスの提供にあたって知り得た利用者及び家族の個人情報を厳重に取扱う。但し、円滑にサービスを実施するため、サービス担当者会議、介護支援専門員と事業者の連絡調整等において止むを得ず利用者及び家族の個人情報を使用する場合は、以下の条件に従い細心の注意を払う。 - 一 利用者及び家族の個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。 - 二 利用者及び家族の個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録する。 また、当事業所の職員が退職後、在職中知り得た利用者及び家族の個人情報を漏らすことがないよう必要な措置を講ずる
---------	--

9. 苦情処理手順

当事業所は、利用者から訪問介護サービスの内容等に苦情・相談等があった場合、まず事実関係等を確認し、利用者の不利益にならぬよう迅速かつ適切に対応する。また必要に応じて他サービス事業者等への連絡要請・改善要請等を行うとともに地域包括支援センターや在宅介護支援センターとの連携によってサービスの見直しあるいは変更を行う。 当事業所は、提供した訪問介護に係る利用者からの苦情に関しては、窓口となる市町が行う文書その他の物件の提出もしくは提示の求めまたは当該市町職員からの質問もしくは照会に応じ、苦情に関して市町あるいは国保連が行う調査に協力するとともに、指導または助言を受けた場合はそれに従って必要な改善を行い、当該利用者との円満な解決に努める。

10. 事故発生時の対応

当事業所は利用者に対する訪問介護の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町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いつでも当事業所にて可能です。

1 1. 訪問介護サービスの停止

訪問介護サービスの停止	万一、利用者側が客観的及び常識的に観て今後の継続的な利用が困難と思われる程の著しい迷惑・背信行為を日常的に行った場合については、その内容を記載した文面を作成し、自治体監督機関等に連絡相談の上、契約の解除等を検討する。
-------------	--

1 2. 虐待防止のための措置

虐待防止のための措置	当事業所は、虐待防止委員会を設置(身体拘束・虐待防止委員会で設置済み)し、業務を通して利用者が家族等から虐待等を受けたと思われる状況を把握した場合は、速やかに市町等の関係窓口や地域包括支援センター等に通報相談し、対応協議するものとする。さらに、従業者からの虐待に関しても基本的に同様の措置を採るものとするが、事業所側からの積極的な虐待防止の意味合いから、研修等により自己啓発に努めるものとする。その他、苦情解決体制を整備し、該当者に関しては成年後見制度の利用支援を行うものとする。なお、当事業所の虐待防止に関する責任者は管理者とする。
------------	---

1 3. 身体拘束の禁止

身体拘束の禁止	身体拘束は原則禁止とする。ただし、切迫性、非代替性、一時性のすべての要件に該当した場合は、多職種協働で計画書を作成し、その内容を利用者及び家族に説明を行い、その内容について利用者及び家族の署名、捺印をもらった上で、期間を決めて実施するものとする。
---------	---

1 4. 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	

年 月 日

当事業者は利用者に対する訪問介護サービス提供開始に当たり、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。

訪問介護サービス事業者

主たる事業所所在地 福井市乾徳 4 - 4 - 7

名 称 仁愛訪問介護事業所 印

説明者氏名 印

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ました。			
	住 所	〒 ー		
	氏 名	印		
	電話番号	() ー	F A X	() ー

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。			
	本人との続柄			
	住 所	〒 ー		
	氏 名	印		
	電話番号	() ー	F A X	() ー