

居宅介護サービス契約書

甲（利用者）

乙（事業者）株式会社 仁愛ケアサービス

代表取締役 川堺れい子

（居宅サービス契約の目的）

第1条 乙は、障害者総合支援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、甲の身体状態、及び甲に対する居宅介護契約内容（居宅受給者証記載事項）報告書に記載された契約支給量等に従って、甲に対しサービスを提供します。

（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 契約満了日の30日前までに、利用者から事業者に対して、文書により契約終了の申し出がない場合、かつ利用者の介護給付費支給期間終了後に改めて支給決定された場合、契約は更新されるものとします。

3 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。

4 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。

（居宅介護計画変更の援助）

第3条 乙は、甲が居宅介護計画の変更を希望する場合は、速やかにケース検討等のカンファレンスを開催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 乙が提供する居宅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、いつでも居宅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、速やかに居宅介護サービスの内容を変更します。

(障害者総合支援法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、障害者総合支援法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、この居宅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、担当の訪問介護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、甲担当の訪問介護員、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5条に基づき、甲から解約の意思表示がなされたとき。

三 第6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7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 甲が障害者福祉施設へ入所した場合。

六 甲の身体状態が安定しサービスを受ける必要がなくなった場合。

(損害賠償)

第10条 乙は、甲に対する居宅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、甲に対する居宅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ぬ。

(苦情処理)

第12条 甲又は甲の家族は、提供された居宅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 仁愛訪問介護事業所 担当：伊藤 真紀

電 話 0776-26-6688 F A X 0776-30-8380

- 2 乙は、甲に提供した居宅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12条 本契約に定めのない事項については、障害者総合支援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	〒□□□-□□□□	
	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、居宅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 - 6688	F A X (0776) 30 - 8380

サービス内容説明書（居宅介護・重度訪問介護）

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

居宅介護サービス

次のサービスのうち、（ ）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〉

☐①起床介助

☐②就寝介助

☐③排泄介助

☐④整容介助

☐⑤食事介助

☐⑥衣服の脱着

☐⑦清拭

☐⑧入浴介助

☐⑨体位交換

☐⑩服薬管理

☐⑪通院介助

☐⑫その他（ ）

〈家事援助〉

☐⑬調理

☐⑭洗濯

☐⑮掃除

☐⑯買物

☐⑰薬の受取

☐⑱衣服の入替

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、あなたの身体障害状態の軽減もしくは悪化の防止。
- 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

あなたの担当の居宅介護職員

は、以下の通りです。

（ ）

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居宅介護職員の変更を申し出ることができます。その場合、居宅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、担当の居宅介護職員が退職する等正当な理由がある場合に限

り、担当の居宅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

居宅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		時 間	単 価	回／週	利 用 料	備考 (加算)
身体介護	支援費適用分	時間 分	円	×	円	
	支援費適用外	該当点数 点	円	×	円	
家事援助	支援費適用分	時間 分	円	×	円	
	支援費適用外	該当点数 点	円	×	円	
		1週間当たりの利用料				
		支援費適用分			円	
		自己負担額			円	
		支援費適用外分			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】 30分未満 255円 30分～1時間未満 402円
1時間～1時間30分未満 584円

【家事援助】 30分未満 105円
30分～45分未満 152円 45分～1時間未満 196円
1時間～1時間15分未満 238円

【通院等介助】 30分未満 255円 30分～1時間未満 402円
1時間～1時間30分未満 584円

加算要素

初回加算 200単位
早朝（6時～8時）・夜間（18時～22時） 25％
深夜（22時～翌朝6時） 50％
介護職員等ベースアップ等支援加算 4.5％
処遇改善加算Ⅰ 30.3％
特定処遇改善加算Ⅰ 7.4％

※当事業所は特定事業所加算Ⅱ（所定単位×10%）を算定しております

交通費は、福井市・坂井市以外は、当該区域との境界線から片道5km迄 110円、以後5km又は、その端数を増すごとに 110円。

- ① 居宅介護サービスが、障害者総合支援法の適用を受ける場合、原則として利用料の1割をお支払いいただきます。

但し、障害者総合支援法法令に基づいて、支援費給付を償還払い（いったんあなたが利用料の全額を支払い、その後市町村から9割分の払い戻しを受ける方法）の方の方法をご希望の場合は、お申し出ください。

- ② 提供を受ける居宅介護サービスが障害者総合支援法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。
（他のお支払い方法をご希望の方は、お申し出ください）。

5. 支援費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

居宅介護職員は

- ・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することはできません。

重要事項説明書

あなたに対する居宅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	代表取締役社長 川堺 れい子
電話番号	0776-30-5600

障害者総合支援法法令に基づき 福井県知事から指定を受けている事業所名称（指定番号）	各事業所につき障害者総合支援法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 (1810100089)	居宅介護・重度訪問介護

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	1810100089
所在地	福井市乾徳4丁目4番7号
電話番号	0776-26-6688

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的

訪問介護員研修の修了者が障害者に対し適正な居宅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、障害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、食事の介助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（令和3年4月1日現在）

ご利用事業者の従業員の職種	員数	勤務の体制
介護福祉士	8名以上	常勤7名以上 非常勤1名以上
実務者研修課程を修了した者	1名以上	非常勤1名以上
ホームヘルパー 介護職員初任者研修課程を終了した者	2人以上	常勤1名以上 非常勤1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

<u>時間別単価は</u>	
【身体介護】	30分未満255円 30分～1時間未満402円 1時間～1時間30分未満584円
【家事援助】	30分未満105円 30分～45分未満152円 45分～1時間未満196円 1時間～1時間15分未満238円
【通院等介助】	30分未満255円 30分～1時間未満402円 1時間～1時間30分未満584円
<u>加算要素</u>	初回加算200単位
	早朝（6時～8時）・夜間（18時～22時）25％
	深夜（22時～翌朝6時）50％
	介護職員等ベースアップ等支援加算 4. 5％
	処遇改善加算Ⅰ30. 3％
	特定処遇改善加算Ⅰ7. 4％
※当事業所は特定事業所加算Ⅱ（所定単位×10%）を算定しております	

交通費

（福井市・坂井市以外は当該境界線から、片道5km迄110円、以後5km又は、その端数を増す毎に110円）

7. 虐待の防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じる

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています

虐待防止責任者	管理者 伊藤 真紀 0776-26-6688
---------	------------------------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施します。

8. 苦情申立について

相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- (1) 苦情又は相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するよう、必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行う。
- (2) 相談担当者は、把握した状況を従業者とともに検討を行い、対応を決定する。
- (3) 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行う。

※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 伊藤 真紀
福井市障害福祉課	ご利用方法	電話 面接	0776-20-5435 福井市大手3丁目10番1号
坂井市社会福祉課	ご利用方法	電話 面接	0776-50-3041 坂井市坂井町下新庄1-1
福井県運営適正化委員会	ご利用方法	電話 面接	0776-24-2347 福井市光陽2丁目3番22号 福井県社会福祉協議会内

9. 個人情報の保護

個人情報の保護	当職員は、利用者に対する居宅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
---------	---

10. 事故発生時の対応

事故発生時の対応	当事業所は利用者に対する居宅介護サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村の各介護保険担当課、利用者の家族、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看護〔介護予防訪問看護〕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。
----------	--

11. 居宅介護サービスの停止

居宅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。
-------------	---

12. 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	

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲 1 に対する居宅介護サービスの提供に当たり、
☐ 甲 1 に
☐ 甲 2
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。

居宅介護サービス事業者

事業所所在地 福井市乾徳 4 丁目 4 番 7 号

名 称 仁愛訪問介護事業所 印

説明者 氏 名 印

(甲) 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、乙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。

(甲 1) 利用者 住 所
氏 名 印

(甲 2) 代理人 住 所
氏 名 印