

社会福祉法人長門市社会福祉協議会
介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス契約書

様（以下「利用者」という。）と社会福祉法人長門市社会福祉協議会（以下「事業者」という。）は、事業者が利用者に対して行う介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス（以下「訪問型サービス」という。）について、次のとおり契約します。

（契約の目的）

第1条 事業者は、利用者に対し、介護保険法その他関係法令及びこの契約書に従い、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できるよう訪問型サービスを提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

（契約期間）

第2条 この契約の契約期間は、令和 年 月 日から利用者の要支援認定の有効期間満了日までとします。

- 2 前項の規定にかかわらず、長門市における介護予防・生活支援サービス事業対象者（以下、「事業対象者」という。）としてサービスを受ける場合は、利用者の介護予防ケアプランに基づく期間とします。
- 3 契約満了の2日前までに、利用者から事業者に対して、文書による契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

（個別サービス計画）

第3条 事業者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、「介護予防サービス支援計画」に沿って「個別サービス計画」を作成します。事業者はこの「個別サービス計画」の内容を利用者及びその家族に説明し、その同意を得て交付します。

（訪問型サービスの内容）

- 第4条 利用者が提供を受ける訪問型サービスの内容は「サービス内容説明書」に定めたとおりです。事業者は、「サービス内容説明書」に定めた内容について、利用者又はその家族に説明し、同意を得て交付します。
- 2 事業者は、サービス従業者を利用者の居宅に派遣し、個別サービス計画に沿って「サービス内容説明書」に定めた内容の訪問型サービスを提供します。
 - 3 個別サービス計画が利用者との合意をもって変更され、事業者が提供する

サービスの内容又は介護保険適用の範囲が変更となる場合は、利用者の了承を得て新たな内容の「サービス内容説明書」を作成し、それをもって訪問型サービスの内容とします。

(サービスの提供の記録)

第5条 事業者は、訪問型サービスの実施ごとに、サービスの内容等を訪問介護記録票に記入し、サービスの終了時に利用者の確認を受けることとします。利用者の確認を受けた後、その控えを利用者に交付します。

- 2 事業者は、サービス提供記録をつけることとし、この契約の終了後2年間保管します。
- 3 利用者は、事業者の営業時間内にその事業所にて、利用者本人に関する第2項のサービス提供記録を閲覧できます。
- 4 利用者は、利用者本人に関する第2項のサービス提供記録の複写物の交付を受けることができます。

(料金)

第6条 利用者は、サービスの対価として「サービス内容説明書」に定める利用単位毎の料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払います。

- 2 事業者は、当月の利用料等の内訳を記載した請求書を作成し、翌月15日までに利用者に交付します。
- 3 利用者は、当月の料金の合計額を翌月25日までに（ の方法で）支払います。
- 4 事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収証を発行します。
- 5 利用者は、居宅においてサービス従業者がサービスを提供するために使用する水道、ガス、電気、電話の費用を負担します。

(サービスの中止)

第7条 利用者は、事業者に対して、サービス提供の24時間前までに通知をすることにより、料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。

- 2 利用者がサービス提供の24時間前までに通知することなくサービスの中止を申し出た場合は、事業者は、利用者に対して「サービス内容説明書」に定める計算方法により、料金を請求することができます。この場合の料金は第6条に定める他の料金の支払いと合わせて請求します。

(料金の変更)

- 第8条 事業者は、利用者に対して、1か月前までに文書で通知することにより利用単位ごとの料金の変更(増額又は減額)を申し入れることができます。
- 2 利用者が料金の変更を承諾する場合、新たな料金に基づく「サービス内容説明書」を作成し、お互いに取り交わします。
 - 3 利用者は、料金の変更を承諾しない場合、事業者に対し、文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

(契約の終了)

- 第9条 利用者は事業者に対して、1週間の予告期間を置いて文書で通知することにより、この契約を解約することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。
- 2 事業者はやむを得ない事情がある場合、利用者に対して、1か月前の予告期間を置いて理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。
 - 3 次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - (1) 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - (2) 事業者が守秘義務に反した場合
 - (3) 事業者が利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
 - (4) 事業者が破産した場合
 - 4 次の事由に該当した場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - (1) 利用者のサービス利用料金の支払が2か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払われない場合
 - (2) 利用者やその家族が事業者やサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合
 - 5 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
 - (1) 利用者が介護保険施設に入所した場合
 - (2) 利用者の要介護状態区分等が、非該当(自立)又は要介護と認定された場合
 - (3) 利用者が死亡した場合

(秘密保持)

第10条 事業者及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

2 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。

3 事業者は、利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該家族の個人情報を用いません。

(賠償責任)

第11条 事業者は、サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

(緊急時の対応)

第12条 事業者は、現に訪問型サービスの提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

(身分証携行義務)

第13条 サービス従業者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

(連携)

第14条 事業者は、訪問型サービスの提供に当たり、介護支援専門員及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

2 事業者は、この契約書の写しを介護支援専門員に速やかに送付します。

3 事業者は、この契約の内容が変更された場合又は本契約が終了した場合は、その内容を記した書面の写しを速やかに介護支援専門員に送付します。

なお、第9条第2項又は4項に基づいて解約通知をする際は、事前に介護支援専門員に連絡します。

(苦情対応)

第15条 事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、訪問型サービスに関する利用者の要望、苦情等に対し、迅速かつ適切に対応します。

(本契約に定めのない事項)

第16条 利用者及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。

2 この契約に定めのない事項については、介護保険法その他関係法令の定めるところを遵守し、双方が誠意を持って協議の上定めます。

(裁判管轄)

第17条 この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者及び事業者は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることをあらかじめ合意します。

介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス内容説明書

事業者が、あなたに提供するサービスは以下のとおりです。

1 提供するサービス

介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス

次のサービスのうち、() 種類のサービスを1か月に()回、別紙介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービススケジュール表に従って提供します。

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 調理 | <input type="checkbox"/> 移動 | <input type="checkbox"/> 見守り |
| <input type="checkbox"/> 洗濯 | <input type="checkbox"/> 清拭 | <input type="checkbox"/> その他 () |
| <input type="checkbox"/> 掃除 | <input type="checkbox"/> 整容 | |
| <input type="checkbox"/> 買物 | <input type="checkbox"/> 更衣 | |
| <input type="checkbox"/> 薬の受取 | <input type="checkbox"/> 服薬管理 | |

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当たっては、あなたの要支援状態の軽減や悪化の防止になるよう、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器具等については、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介護職員は以下のとおりです。

() () () ()

上記の責任者は、() です。

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出来ます。その場合、訪問型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) 事業者は、担当の訪問介護職員が退職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

訪問型サービスの利用単位ごとの利用料及びその他の費用は、以下のとおりです。

区 分	単価	利用料	備考
訪問型サービス	1回 円	円	
月 回以上の場合	月額 円	円	
保険適用外サービス	円	円	
介護職員等処遇改善加算 (I) 24.5%	円	円	
	自己負担額(原則として1割、所得に応じて2~3割)	円	
	保険適用外分	円	
1か月あたりのお支払合計金額の目安		円～	円
初回加算	初回に限り 200 円		

サービス別単価は

1 1週間あたりの回数を定める場合 (1月につき)		自己負担額は原則として1割 (所得に応じて2割又は3割)
(1) 標準的な内容の訪問型サービスである場合	2,870 単位	
(2) 生活援助が中心である場合		
ア 所要時間20分以上45分未満の場合	1,790 単位	
イ 所要時間45分以上の場合	2,200 単位	
(3) 短時間の身体介護が中心である場合	1,630 単位	
2 1週間あたりの標準的な回数を定める場合 (1か月につき)		
(1) 週1回程度の利用	11,760 単位/月	
(2) 週2回程度の利用	23,490 単位/月	
(3) 週2回を超える程度の場合	37,270 単位/月	
介護職員等処遇改善加算 I (24.5%)		

- (1) 訪問型サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料の10% (所得に応じて20~30%) をお支払いいただきます。
- (2) 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) 交通費は、 必要ありません
 実費 円/回です。

なお、買い物のご希望で自宅から10km以上の場合は1回300円の実費をいただきます。

(4) 事業所は、あなたに対し、毎月15日までにサービスの提供日、当月の利用料等の内訳を記載した請求書を送付します。

(5) 毎月の利用料は、翌月25日までに支払ってください。

(お支払い方法 現金 預金口座自動振替)

	金融機関名	口座番号
<input type="checkbox"/>	山口県農協	
<input type="checkbox"/>	郵便局	
<input type="checkbox"/>		

5 キャンセル料

サービスをキャンセルした場合には、以下のとおりキャンセル料をいただきます。

ご利用の24時間前までに、連絡いただいた場合 : 無料

ご利用の12時間前までに、連絡いただいた場合 : 200円

ご利用の12時間前までに、連絡がなかった場合 : 500円

※ただし、やむを得ない場合は除きます。

6 保険給付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。

7 その他

訪問介護員は、医療行為、各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭を取り扱うことはできません。また、利用者のための家事・介護を行う業務であるため、庭の草刈りや他の家族の支援などをすることはできません。

訪問介護サービス重要事項説明書

あなたに対する訪問型サービスの提供開始に当たり、介護保険法等関係法令に基づき、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 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人長門市社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	長門市東深川1321番地1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	会長 藤野 忠次郎
電話番号	0837-22-8294
FAX 番号	0837-22-4340

2 事業所

事業所の名称	ヘルパーステーションしあわせ長門
所在地	長門市東深川1321番地1
指定番号	山口県 3571100340
電話番号	0837-23-1616
FAX 番号	0837-22-4340

3 事業の目的と運営方針

事業の目的	介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号訪問事業（訪問型サービス）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、要支援状態等にある利用者に対し、適正な訪問型サービスを提供することを目的とする。
運営の方針	利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態等の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した生活を営むことができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他生活全般にわたる支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。事業の実施に当たっては、行政、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 事業所の職員体制

職種	員数	勤務の体制
管理者	1人	常勤兼務
サービス提供責任者	5人	常勤5人
訪問介護員	20人以上	常勤5人・非常勤15人以上

5 営業時間

営業日	365日
営業時時間	午前6時～午後10時まで

6 内容及び利用料その他の費用の額

別紙内容説明書のとおり

7 苦情申立窓口

相談窓口	ご利用時間（平日のみ受付） 電話番号 FAX 番号
ヘルパーステーションしあわせ長門 管理者 松下 香津恵	午前8時30分～午後5時15分 0837-23-1616 FAX 0837-22-4340
社会福祉法人長門市社会福祉協議会 苦情解決委員会	午前8時30分～午後5時15分 0837-22-8294 FAX 0837-22-4340
長門市役所 高齢福祉課 介護支援班	午前8時30分～午後5時15分 0837-23-1158 FAX 0837-22-3680
山口県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口	午前9時～午後5時 083-995-1010 FAX 083-934-3665

8 緊急時の対応方法

利用者の主治医への連絡を行い、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	
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	
地域協力者	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

事業者は、事故が発生した場合には、市町村、関係機関、利用者の家族、利用者に関わる居宅介護支援事業者等に連絡をするとともに必要な措置をとり、必要な場合は市へ報告します。

10 虐待の防止について

事業者は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	管理者 松下 香津恵
-------------	------------

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止のための指針を整備しています。

(4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、従事者又は養護者（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。

11 通常の事業の実施地域

長門市

12 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有 ・ 無
実施した直近の年月日	令和 年 月 日
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	有 ・ 無

令和 年 月 日

(乙) 事業者は、甲 1 に対する介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービスの提供開始に当たり、
□甲 1
□甲 2
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。

(乙) 事業者

所在地 長門市東深川 1 3 2 1 番地 1

名 称 ヘルパーステーションしあわせ長門

説明者

氏 名

印

(甲) 私は、重要事項説明書に基づいて、事業者からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。なお、サービス担当者会議等において必要であれば私や家族の個人情報を用いることを同意します。

(甲 1) 利用者

住 所

氏 名

印

(甲 2) 利用者の家族代表

住 所

氏 名

印