

ヘルパーステーションやすらぎ契約書

____様（以下「利用者」とします）と、社会医療法人杏嶺会（以下「事業者」とします）が運営するヘルパーステーションやすらぎ（以下「事業所」とします）は、訪問介護のご利用について次のとおり契約します。

第1条〈目的〉

- 1 事業者は、介護保険法令及びこの契約書に従い、利用者に対し、心身の特性をふまえて、その方の有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、身体介護、生活援助等生活全般にわたりサービスを提供することを目的とします。
- 2 介護保険でのサービス提供にあたっては、利用者の要介護状態区分、及び被保険者証に記載された認定審査会意見に従って、利用者に対しサービスを提供します。
- 3 利用者は、事業者からサービスの提供を受けたときには、事業者に対し、重要事項説明書に記載された利用者自己負担を支払います。

第2条〈契約期間〉

この契約期間は令和____年____月____日からとします。なお、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新します。

第3条〈訪問介護の内容〉

- 1 事業者が提供するサービスのうち、この契約で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の通りです。
- 2 利用者は、いつでも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。事業者は、利用者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サービスの内容を変更します。

第4条〈訪問介護の利用料〉

- 1 介護保険の料金は別紙1・2をご参照ください。
- 2 事業者は利用者から料金の支払いを受けた場合はその領収書を発行します。医療費控除の対象となる事がありますので、領収書は大切に保管して下さい。再発行はいたしません。
- 3 事業者は、利用者料金の変更がある場合は事前に説明し同意を得ます。
- 4 事業者は、介護保険法等関連法の適用を受けない訪問介護サービスがある場合は、予めその利用料について説明し、同意を得ます。

第5条〈利用料の滞納〉

- 1 利用者が正当な理由なく事業者を支払うべき利用料を3ヶ月以上滞納した場合には、事業者は利用者に対し、1ヶ月以上の期間を定めて、期間内にそ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 事業者は、前項の催告をした場合には、介護支援専門員、利用者の居住区である市町村等に連絡する等、必要な対応を行います。
- 3 事業者は、前項の措置を講じた上で、利用者が第1項の期間内に支払いをしなかった時は、文書をもってこの契約を終了することができます。

第6条〈契約の終了〉

- 1 利用者は、事業者に対し、いつでもこの契約の終了を申し出ることができます。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、予告期間満期日には契約は終了されます。
- 2 事業者は利用者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、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用計画の目的を達することが困難となった時は、文書により2週間以上の予告期間をもってこの契約を終了します。
- 3 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。
 - ① 利用者が死亡、入所した場合
 - ② 第1項に基づき、利用者から契約の解除の意思表示がなされた場合
 - ③ 第2項に基づき、事業者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場合
 - ④ 第5条に基づき、事業者から契約の解除の意思表示がなされた場合
 - ⑤ 利用者の病状、要介護度等の改善により、訪問介護の必要を認められなくなった場合

第7条〈損害賠償〉

- 1 事業者は、利用者に対するサービスの提供にあたって、事故が発生し、利用者又は家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者に対して損害を賠償します。ただし、事業者に故意・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、利用者又は家族に重大な過失がある場合は、賠償を減額することができます。

第8条〈秘密保持〉

- 1 事業者及びその従事者は、正当な理由がない限り、利用者に対するサービスの提供にあたって知り得た利用者又は家族の秘密を守ることを義務とします。
- 2 事業者は、その従事者が退職後、在職中に知り得た利用者又は家族の秘密を守ることを義務とします。
- 3 事業者は、利用者又は家族の個人情報をを用いる場合は、利用者・家族の同意を得て、サービス担当者会議に参加します。

第9条〈苦情対応〉

- 1 事業者は、利用者又は家族から苦情の申し立てがあった場合は速やかに対応します。
- 2 利用者又は家族は、提供されたサービスに不満がある場合は、いつでも重要事項説明書記載の苦情申し立て機関に申し立てることができます。
- 3 事業者は、利用者が苦情申し立てを行った場合、これを理由としていかなる不利益な対応もいたしません。

第10条〈契約外事項〉

本契約に定めない事項については、介護保険法その他の法令の定めるところを尊重し、利用者および事業者の協議により定めます。

上記の契約を証するため、本書を2通作成し、利用者、事業者が署名の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

【事業者】

事業者名 社会医療法人杏嶺会
所在地 愛知県一宮市奥町字下口西89番地の1
代表者 理事長 上林 弘和

【事業所】

事業所名 ヘルパーステーションやすらぎ (愛知県指定 第2372204020号)
所在地 愛知県一宮市奥町字下口西72番地の1
管理者 田中 亜紀

〈ご利用者様〉

住所 _____

氏名 _____

〈ご家族様〉

住所 _____

氏名 _____ (続柄)

利用者は、身体の状況により署名できないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

〈署名代筆者〉

住所 _____

氏名 _____ (続柄)

ヘルパーステーションやすらぎ重要事項説明書

1 事業の目的

社会医療法人杏嶺会が開設するヘルパーステーションやすらぎ（以下「事業所」とします）が行う指定訪問介護、第一号訪問事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護福祉士又は訪問介護員研修の修了者（以下「訪問介護員等」とします）が、要介護状態及び要支援状態にある高齢者又は事業対象者（以下「利用者」という）に対し、適正な指定訪問介護を提供することを目的とします。

2 運営の方針

- (1) 事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- (2) 指定訪問介護事業所の訪問介護員等は、利用者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訪問介護計画を作成し、計画に沿って、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います。
- (3) 第一号訪問事業所の訪問介護員等は、利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態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、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。
- (4) 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ます。

3 ヘルパーステーションやすらぎの概要

- | | |
|-----------------|--|
| (1) 事業所名 | ヘルパーステーションやすらぎ |
| (2) 所在地 | 愛知県一宮市奥町字下口西72番地の1 |
| (3) 管理者 | 田中 亜紀 |
| (4) 介護保険指定事業所番号 | 愛知県指定 第 2372204020 号 |
| (5) 連絡先 | TEL : 0586-80-8008
FAX : 0586-61-1870 |

4 営業時間

- ・営業日：月曜日から金曜日
- ・営業時間：午前8時30分～午後17時20分
- *但し年末年始（12月30日から1月3日）は休業とします。
- *営業日以外には必要と認めた場合のみ営業とする。

5 通常の実施区域

- ・一宮市 ・岐阜県羽島市正木町、竹鼻町

通常の実施区域を越えて利用者から要請のあった場合の訪問については、自動車を利用した場合1回につき500円の交通費を徴収します。公共交通機関を利用した場合には、その実費を徴収します。

交通費の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明をした上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けることとします。

6 職員体制

ステーションに勤務する職種、員数及び職務内容は次のとおりとします。

- | | |
|---------------|------------|
| (1) 管理者 | 1名以上 |
| (2) サービス提供責任者 | 3名以上 |
| (3) 訪問介護員 | 常勤換算で2.5以上 |

- ・管理者は、事業所の従業員の管理、及び業務の管理を一元的に行います。
- ・サービス提供責任者は事業所に対する指定訪問介護及び第一号訪問事業の利用申し込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、訪問介護計画の作成等を行い、自らも指定訪問介護及び第一号訪問事業の提供にあたるものとします。

7 提供するサービス内容

- (1) 身体介護に関すること
 - ・入浴・清拭・洗髪等、清潔の介護
 - ・おむつ交換、排泄等の介護
 - ・食事介護
 - ・通院介助
 - ・その他必要な身の回りの介護
- (2) 生活援助に関すること

- ・ 調理
- ・ 衣類の洗濯
- ・ 掃除、整理整頓
- ・ 生活必需品の買い物
- ・ その他

(3) 相談・助言に関すること

8 利用料等

- (1) 指定訪問介護を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、第一号訪問事業のサービスを提供した場合の利用額は、一宮市長の定める要綱上の額とし、当該指定訪問介護及び第一号訪問事業が法定代理サービスであるときは、その介護保険負担割合に乗じた額とします。
- (2) 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額が利用者の負担となります。
- (3) 利用者負担金は月末締めとして、翌月に口座振替引落としとなります。毎月 10 日過ぎにサービス利用明細書を発行いたします。口座からの引き落としが確認できましたら領収書を発行いたします。

9 サービス提供の記録

- (1) サービス提供した際には、「訪問介護記録書」等の書面に必要事項を記録します。
- (2) 「訪問介護記録書」等の記録は 5 年間保管し、利用者の求めに応じて閲覧に応じます。

10 苦情の受付

- (1) 当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

管理者 田中 亜紀
サービス提供責任者 長澤 かおり

○受付時間：毎週月曜日～金曜日 午前 8：30～午後 17：20

- (2) 行政機関その他苦情受付機関

一宮市 介護保険課	所在地 一宮市本町 2 丁目 5 番 6 号 電話番号 (0586) 85-7017 F A X 番号 (0586) 73-1019
羽島市健康福祉部高齢福祉課	所在地 羽島市竹鼻町 5 5 電話番号 (058) 392-9932 F A X 番号 (058) 394-0025
愛知県国民健康保険団体連合会	所在地 名古屋市東区泉 1 丁目 6 番 5 号 電話番号 (052) 971-4165 F A X 番号 (052) 962-8870

11 利用の中止・変更

- ・ 利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更ができます。この場合はサービスの実施前日の 17 時 20 分までに事業所にご連絡下さい。
- ・ 利用当日になって利用中止の申し出をされた場合、キャンセル料をお支払いいただくことがあります。但し、利用者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。
- ・ サービス利用の変更の申し出に対して、訪問介護員の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

12 サービス利用に関する留意事項

- (1) サービス提供を行う訪問介護員
サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。但し、実際のサービス提供に当たっては、複数の訪問介護員が交替でサービスを提供します。
- (2) 訪問介護員の交替
 - ① 選任された訪問介護員の交替を希望する場合は、当該訪問介護員は業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業所に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。但し、利用者から特定の訪問介護員を指定はできません。
 - ② 事業所の都合により、訪問介護員を交替することがあります。訪問介護員を交替する場合は利用者及び家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないように十分に配慮します。
- (3) 備品等の使用
訪問介護サービスの実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただき

ます。訪問介護員が事業所へ連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

(4) 緊急時の対応

訪問時において、利用者の体調等が急変した際、主治医又は医療機関に適切に連絡を取り、必要な対応を行います。

13 個人情報使用同意

- ・利用者のための円滑な在宅サービスを提供するに当たり、主治医・介護支援専門員・事業所との連絡調整、あるいは適切な療養のための医療機関等への療養情報の提供の為に、利用者（家族）の同意を得て情報提供します。
- ・個人情報の提供は必要最低限として、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることがないように細心の注意をはらいます。

令和 年 月 日

指定訪問介護サービス提供開始にあたり、利用者に対し本説明書に基づいて重要事項の説明をしました。

事業所 名称 ヘルパーステーションやすらぎ

住 所 愛知県一宮市奥町字下口西72番地の1

説明者 管理者 田中 亜紀

私は、本説明書に基づいて、事業所から訪問介護についての重要事項の説明を受けました。その内容に同意し、訪問介護サービスを受けます。

〈ご利用者様〉

住 所 _____

氏 名 _____

〈ご家族様〉

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄)

利用者は、身体の状態により署名できないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わり、その署名を代筆しました。

〈署名代筆者〉

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄)