

介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業契約書

利用者 様（以下「甲」という）と社会福祉法人秦ダイヤライフ福祉会（以下「乙」という）とは、居宅介護支援サービスの利用に関する契約（以下「本契約」という）を次のとおり締結します。

第1条(契約の目的)

1. 乙は、介護保険法関係令の趣旨に従い、甲が可能な限り居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、居宅サービスの提供が確保されるよう指定居宅サービス事業者その他の事業者、関連機関との連絡調整、その他便宜の提供を行いません。
2. 乙が甲に対して実施するサービス内容、事業所の概要、利用料金などの重要事項は、別紙「重要事項説明書」に定めるとおりとします。
3. 甲及び身元引受人、代理人、連帯保証人は、連帯して甲の利用料金自己負担分を支払う者（以下「連帯保証人」という）は乙からサービスの提供を受けた時は、乙に対し重要事項説明書の記載に従い、利用料自己負担分を支払います。

第2条(契約の期間)

1. 本契約の有効期間は令和 年 月 日から令和 年 月 日までとします。
2. 前項の契約期間の満了日30日前までに甲から書面による更新拒絶の申し出がない場合には、本契約は同一の内容で自動更新されるものし、その後もこれに準じて更新されるものとします。
3. 本契約が自動的に更新された場合、更新後の契約期間は、更新前の契約期間満了日の翌日から更新後の要介護認定有効期間の満了日までとします。

第3条(訪問介護計画等)

1. 乙は、甲の日常生活の状況及びその意向をふまえて、居宅サービス計画(ケアプラン)に沿って、「訪問介護計画」を作成します。乙はこの「訪問介護計画」の内容を甲及びその家族に説明し、同意を得た上交付します。
2. サービス提供責任者は、「訪問介護計画」作成後、サービス実施状況を把握し、必要に応じて当該「訪問介護計画」の変更を行います。
3. サービス提供責任者は利用者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、速やかに居宅介護支援事業者への連絡調整を行うこととします。

第4条(サービス提供の記録等)

1. 乙は、それぞれのサービスの提供に関する記録を整備するとともに、これをこの契約終了後2年間保管し、いつでも利用者に関する記録を閲覧、複写物の交付に応じるものとします。

第5条（利用料の支払い）

1. 甲は介護保険の適用を受けるサービスの提供を受けたときは、乙に対し
2. 利用料自己負担金を支払います。
3. 乙は介護保険の適用を受けないサービスを提供する場合は、そのサービスの内容及び利用料を説明し、甲はその利用料全額を支払います。
4. 乙（その代理人を含む。）の連帯保証人は、サービス利用料金等の支払いを乙と連帯して履行するものとします。

第6条（利用者の負担金の滞納）

1. 甲が正当な理由なく乙に支払うべき利用者負担金を2ヶ月分以上滞納した場合には乙は1ヶ月以上の期間を定めて、期間満了までにその支払いがないときは、この契約を解約する旨の催告をすることができることとします。
2. 乙は前項の催告をしたときは、居宅サービス計画(ケアプラン)を作成した居宅介護支援事業者と協議し、居宅サービス計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用等について必要な調整を行うよう要請するものとします。
3. 乙は、前項に定める協議等の努力を行い、かつ第1項に定める期間が満了した場合は、文書によりこの契約を解約することができることとします。

第7条（利用者の解約権）

1. 甲は乙に対しいつでもこの契約の解約を申し出ることができる。この場合には7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約されることとします。

第8条（事業者の解約権）

1. 乙は甲の著しい不信行為により契約を継続することが困難となった場合はその理由を記載した文書により、この契約を解約することができる。この場合、乙は居宅サービス計画(ケアプラン)を作成した居宅介護支援事業者に連絡をします。

第9条（契約の終了）

次のいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

1. 第5条に基づき、乙が契約を解約したとき
2. 第6条に基づき、甲から契約解除の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき
3. 第7条に基づき、甲から契約解除の意思表示がなされたとき
4. 次の事由に該当した場合は、この契約を自動的に終了する
 - (1) 甲が介護保険施設や医療施設に入所または入院した場合
 - (2) 甲の要介護認定区分が自立と認定された場合
 - (3) 甲が死亡したとき

第 10 条（守秘義務等）

1. 乙及び乙の職員は、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及び個人情報を漏らしません。
2. 乙は乙の職員が退職後、在職中に知り得た甲又は甲の家族の秘密及び個人情報を漏らす事がないよう必要な処置を講じます。
3. 乙は甲及び甲の家族の個人情報について、甲の訪問介護計画立案の為のサービス担当者会議並びに介護支援専門員と指定居宅サービス事業者等との連絡調整において必要な場合に限り、甲及び甲の家族の同意を得た上で必要最小限の範囲内で使用します。
4. 第 1 項の規程に関わらず、甲は高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成 17 年法律第 124 号）に定める通報を行うことができるものとし、その場合、甲は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

第 11 条（損害賠償責任）

1. 乙は本契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由により甲に生じた損害について賠償する責任を負います。
第 11 条に定める守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、甲の故意又は過失が認められる場合には、甲の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、損害賠償額を減じる事ができるものとします。
2. 乙は前項の損害賠償責任を速やかに履行するものとします。

第 12 条（免責事由）

1. 乙は自己の責に帰すべき事由がない限り、賠償責任を負いません。
2. 乙は以下の各号に該当する場合には、損害賠償の責任を負いません。
 - 一. 甲が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、または不実の告知を行なったことにもつぱら起因して損害または事故が発生した場合
 - 二. 甲がサービス実施のために、必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、または不実の告知を行なったことにもつぱら起因して損害または事故が発生した場合
 - 三. 甲の急激な体調の変化等、乙が実施したサービスにもつぱら起因しない損害または事故が発生した場合
 - 四. 甲が乙及び職員の指示・依頼に反して行なった行為にもつぱら起因して損害または事故が発生した場合
 - 五. 損害の発生が不可抗力による場合

第 13 条（事業者の責によらない事由によるサービスの実施不能）

1. 乙は本契約の有効期間中、地震、噴火等天災その他自己の責に帰すべからざる事由により、サービスの実施ができなくなった場合には、甲に対して既に実施したサービスを除いて、所定のサービス利用料金の支払いを請求することはできないものとします。

第 14 条（苦情対応）

1. 甲は、提供されたサービスに苦情がある場合は、事業者、介護支援専門員、市町村及び国民健康保険団体連合会に対していつでも苦情を申し立てることができます。
2. 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにするとともに、苦情の申し立てまたは相談があった場合は迅速かつ適切に対応します。

第 15 条（連帯保証人）

1. 連帯保証人は、甲と連帯して本契約から生じる甲の債務（本契約が更新された場合も含む）を負担するものとします。
2. 前項の連帯保証人の負担、極度額 135,000 円を限度とします。
（介護給付費対象サービス費訪問型サービス費（Ⅲ）自己負担額 3 割負担 11,181 円×12 ヶ月より算出 1,000 円未満は四捨五入）
3. 連帯保証人が負担する債務の元本は、甲又は連帯保証人が死亡したときに、確定するものとします。
4. 連帯保証人の請求があったときは、乙は、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、損害賠償の額等、甲の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければなりません。

第 16 条（協議事項）

1. 本契約に定められていない事項について、問題が生じた場合には、乙は介護保険法その他諸法令の定めるところに従い、甲と誠意をもって協議するものとします。

第 17 条（合意管轄）

1. 本契約に関する一切の紛争については、高知地方裁判所を第一審の専属管轄裁判所とします。

ヘルパーステーションあざみ重要事項

1. 法人概要

設置主体	社会福祉法人秦ダイヤライフ福祉会	
法人成立	平成 13 年 6 月 27 日	
理事長	福田 善晴	
法人所在地	高知市薊野北町 2 丁目 2 5 - 8	
電話番号	(0 8 8) - 8 0 3 - 1 1 2 2	
FAX 番号	(0 8 8) - 8 0 3 - 1 1 1 5	
メールアドレス	fuku4-h-s-junbi@mwe.biglobe.ne.jp	
ホームページアドレス	https://hata-dialife.jp/	
実施事業	社会福祉事業	特別養護老人ホームあざみの里（利用定員 8 0 名）
		特別養護老人ホームあざみの里（短期入所生活介護）
		特別養護老人ホーム絆の広場（利用定員 8 0 名）
		特別養護老人ホーム絆の広場（短期入所生活介護：利用定員 20 名）
		グループホームあざみの家（利用定員 1 8 名）
		グループホーム三つ星日記（利用定員 1 8 名）
		小規模多機能ホームあざみの荘 （登録定員 29 名 通いサービス利用定員 15 名 宿泊利用サービス利用定員 5 人）
		小規模多機能ホームぼちり横丁 （登録定員 29 名 通いサービス利用定員 18 名 宿泊利用サービス利用定員 6 人）
		デイサービスセンター風の大地 （利用定員 18 名）
		ヘルパーステーションあざみ
		グループホームリットの風（利用定員 1 0 名）
		就労継続支援 B 型事業所リットの風 （利用定員 20 名）
		救護施設 誠和園（入所定員 70 名） （通所定員 14 名）
	公益事業	有料老人ホーム馴染み横丁（利用定員 30 名）
		有料老人ホーム千金の一日（利用定員 40 名）
		居宅介護支援事業所まるごと応援隊

2. ヘルパーステーション あざみ 訪問介護事業所の概要

事業所名	ヘルパーステーション あざみ
所在地	高知県高知市一宮東町5丁目1-15
事業者指定番号	3970100917
電話番号	088-820-2010
サービス提供地域	高知市

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

3. 事業所の職員体制

職種	常 勤	非 常 勤
管理者（兼任）	1名	—
サービス提供責任者	1名以上	—
訪問介護員	2.5名以上	2名以上

※ 非常勤職員は、登録ヘルパーです

4. 営業日及び営業時間

月曜日～土曜日	午前8時30分～午後5時30分
---------	-----------------

* 年末年始(12月30日～1月3日)は休業します。

5. 緊急時における対応方法

サービス提供中に、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への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が指定する連絡先にも連絡を行います。

(緊急時の連絡体制)

訪問介護員等 ➡ 管理者 ➡ 救急車の要請 (医療機関) 主治医・家族等・居宅介護支援事業所

緊急時の連絡先及び対応時間

当事業所の窓口	住所	高知県高知市一東町5丁目1-15
	電話番号	088-820-2010
	FAX番号	088-820-2010
	責任者	吉岡 直穂美
	対応時間	月曜日～金曜日 (12月30日～1月3日を除く) 午前8時30分～午後5時30分

6. 事故発生時の対応

- (1) 訪問介護を実施中に利用者の病状に急変その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じるとともに管理者に連絡します。
- (2) 乙は、甲に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (3) 乙は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。
- (4) 乙は、甲に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

7. サービスの内容

(訪問介護)

利用者の居宅(自宅)へ、訪問介護員(ホームヘルパー)を派遣して入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話をを行うサービスです。具体的には、次のサービス内容区分の中から指定の時間帯に応じて選択されたサービスを提供します。

【サービスの内容区分】

〈身体介護〉

- ① 排泄介助、食事介助、特段の専門的配慮をもって行う調理
- ② 清拭(全身清拭)、部分浴、全身浴、洗面等、身体整容、更衣介助
- ③ 体位変換、移乗・移動介助、
- ④ 起床・就寝介助
- ⑤ 服薬介助
- ⑥ 自立生活支援のための見守りの援助

〈生活援助〉

- ①掃除 ②洗濯 ③ベッドメイク ④衣服の整理・被服の補修
- ⑤一般的な調理・配下膳 ⑥買い物代行 ⑦薬の受け取り

8. サービス利用料及び利用者負担

介護保険からの給付サービスを利用する場合の利用者負担金は、原則として利用料金の1割又は2割又は3割の額となります。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

(1) 利用料金

- *訪問型サービス費(Ⅰ) <週1回程度の利用が必要な場合>
要支援1・要支援2 1,176円/月
- *訪問型サービス費(Ⅱ) <週2回程度の利用が必要な場合>
要支援1・要支援2 2,349円/月
- *訪問型サービス費(Ⅲ) <(Ⅱ)を超える利用が必要な場合>
要支援2 3,727円/月
- *標準的なサービス 287単位
20分～45分の生活援助 179単位
45分以上の生活援助 220単位
短時間の身体介護 163単位

初回加算	初回若しくは初回の介護予防訪問介護を行った同月内にサービス提供責任者が自ら介護予防訪問介護を行う場合又は介護予防訪問介護を行う際に同行訪問した場合 200 単位	
生活機能向上連携加算（Ⅰ） （個別算定）	リハビリ専門職とサービス提供責任者が利用者の身体状況を把握したうえで、生活機能の向上に取り組んだ場合	
介護職員処遇改善加算（Ⅰ） ※令和 6 年 4/1～5/31	介護保険にかかるサービス利用料金に各種加算（その他必要な方に対してのサービス）を加えた額に 13.7%を乗じた額	
特定処遇改善加算（Ⅱ） ※令和 6 年 4/1～5/31	介護保険にかかるサービス利用料金に各種加算（その他必要な方に対してのサービス）を加えた額に 4.2%を乗じた額	
介護職員等 ベースアップ等支援加算 ※令和 6 年 4/1～5/31	介護保険にかかるサービス利用料金に各種加算（その他必要な方に対してのサービス）を加えた額に 2.4%を乗じた額	
介護職員等処遇改善加算 ※令和 6 年 6/1 より 左記のいずれかを算定	介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 新加算（Ⅱ）に加え以下の要件を満たす経験技能のある介護職員を事業所内で一定以上配置	介護保険に係る利用料に各種加算を加えた額に 24.5%乗じた額
	介護職員等処遇改善加算（Ⅱ） 新加算（Ⅲ）に加え以下の要件を満たす改善後の賃金年額 440 万円以上が 1 人以上、及び職場環境の更なる改善、見える化	介護保険に係る利用料に各種加算を加えた額に 22.4%乗じた額
	介護職員等処遇改善加算（Ⅲ） 新加算（Ⅳ）に加え以下の要件を満たす資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備	介護保険に係る利用料に各種加算を加えた額に 18.2%乗じた額
	介護職員等処遇改善加算（Ⅳ） 新加算（Ⅳ）の 1/2 以上を月額賃金で配分 職場環境の改善、賃金体系等の整備、及び研修の実施等	介護保険に係る利用料に各種加算を加えた額に 14.5%乗じた額

※利用者負担金は前述の金額の原則 1 割又は 2 割又は 3 割

- ① 早朝(午前 6 時から午前 8 時)と夜間(午後 6 時から午後 10 時)は 25%増しとなります。
- ② 上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様の居宅サービス計画（ケアプラン）・訪問介護計画で定められた時間を基準とします。
- ③ やむを得ない事情で、且つお客様の同意を得て、2 人で訪問した場合は、2 人分の料金となります。

(2) その他

① 支払方法

利用者負担金は、利用月の月末で締めを行い、翌月 10 日までに請求し、訪問時にご集金させていただきます。または、請求書に記載しています当法人口座へのお振込みでの支払いも可能です。この場合に発生します振り込み手数料は、利用者負担とさせていただきます。また、やむを得ない事情がある場合に限り、口座振替のご利用も可能ですので、担当職員にご相談下さい。

② 派遣職員に対する謝礼等

居宅へお伺いした職員個人に対する謝礼は、就業規則上受け取ることができませんので、ご遠慮願います。

③ 居宅サービス計画を作成しないときなど、市町村から直接利用料が支払われない場合などは、一旦利用料(10 割)をいただき、サービス提供証明書を発行します。このサービス提供証明書を後日、市町村役場の窓口に出すと、全額払い戻しを受けることができます。

9. キャンセル及びキャンセル料

甲がサービスの利用をキャンセルする場合は、速やかに次の連絡先まで連絡ください。

連絡先：ヘルパーステーション あざみ 電話：088-820-2010

なお、当日朝までに連絡がなく、当日ご自宅まで訪問した際でのキャンセルとなった場合は、キャンセル料として1,000円頂戴いたします。ご理解、ご協力、よろしく願います。

10. 当事業所の運営方針

要支援、要介護状態となった利用者が、可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、尊厳のある自立した日常生活を営むことができるように、

- ◇真心を込めたサービスに努めます。
- ◇利用者の希望に添ったサービスを提供します。
- ◇残存機能の維持向上に努めます。
- ◇秘密は絶対に漏らしません。

11. 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所お客様窓口	電話番号	088-820-2010
	FAX 番号	088-820-2010
	相談者(責任者)	吉岡 直穂美
	対応時間	月曜日～金曜日(12月30日～1月3日を除く) 午前8時30分～午後5時30分

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情申し出ができます。

市町村介護保険 相談窓口	高 知 市	所在地	高知市本町 5-1-45
		担当課	介護保険課
		電話番号	088-823-9972 (直通)
		FAX 番号	088-824-8390
	対応時間	月曜日～金曜日(祝日、年末年始を除く) 午前8時30分～午後5時15分	
高知県国民健康保険団体 連合会(国保連)	所在地	高知市丸ノ内 2-6-5	
	電話番号	088-820-8410・8411	
	FAX 番号	088-820-8413	
	対応時間	月曜日～金曜日(祝日、年末年始を除く) 午前9時00分～午後16時00分	

12. 当事業所の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 秦ダイヤライフ福祉会
管理者	吉岡 直穂美
所在地・電話	高知県高知市一宮東町5丁目1-15 電話 088-820-2010
業務の内容	訪問介護
事業所数	1

【 説明確認欄 】

ヘルパーステーションあざみ利用締結にあたり、利用契約書、重要事項説明書、個人情報使用同意について説明を受け、同意いたします。本契約の成立したこと及び重要事項の説明を受けたことを証し、本書 2 通を作成し甲乙（連帯保証人）及び説明者が記名又は署名押印の上、甲乙（連帯保証人）1 通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

事業者 所在地 高知県高知市薊野北町 2 丁目 2 5 番 8 号

名称 社会福祉法人 秦ダイヤライフ福祉会

代表者 理事長 福田 善晴 印

説明者 ヘルパーステーション あざみ

職種 サービス提供責任者 氏名 吉岡 直穂美

利用者

住所 _____

氏名 _____

代理人

住所 _____

氏名 _____

身元引受人

住所 _____

氏名 _____

連帯保証人

住所 _____

氏名 _____