定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス契約書

甲（利用者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
乙（事業者）２４時間サポートセンター仁愛
管　理　者　　水上　　まり

（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）及び当該契約書に従い、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、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス（以後居宅サービスという）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～令和　　年　　月　　日
とします。

２　上記契約期間満了日までに利用者から契約更新しない旨の申し出がない場合には、この契約は自動更新されるものとし、以降も同様とします。
３　甲から更新拒絶の意思が表示された場合は、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　乙が提供する居宅サービスのうち、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、いつでも居宅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日以上の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、当該居宅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、甲担当の介護支援専門員、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、甲に対する居宅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、提供された居宅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　　２４時間サポートセンター仁愛
電　話　　0776-26-6000　　ＦＡＸ　　0776-26-6005
２　乙は、甲に提供した居宅サービスについて、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定期巡回サービスの利用を申込みます。			
	住　　所	〒□□□－□□□□		
	氏　　名	印		
	電話番号	（　　）　　－	ＦＡＸ	（　　）　　－

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	（　　）　　－	ＦＡＸ	（　　）　　－

事業者	当事業所は、定期巡回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	24 時間サポートセンター仁愛 管理者　　水上　まり　　印		
	電話番号	（0776）26 － 6000	ＦＡＸ	（0776）26 － 6005

重要事項説明書（定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス）

あなたに対する居宅サービスの提供開始にあたり、厚生労働省令第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

介護保険法令に基づき福井市長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市長から指定を受けている居宅介護サービスの種類
２４時間サポートセンター仁愛 （1890100561）	定期巡回・随時対応型訪問介護看護

２．ご利用事業所

ご利用事業所の名称	２４時間サポートセンター仁愛
指定番号	1890100561
所在地	福井市乾徳４－４－７
電話番号	0776-26-6000

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及び訪問看護師が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供することを目的とする。

運営方針

定期的な巡回又は随時通報により利用者の居宅を訪問し、その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、入浴、排泄、食事等の介護、日常生活上の緊急時の対応、その他の安心してその居宅において生活を送ることができるようにするための援助を行い、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指すものである。

また、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4年4月現在）

ご利用事業者の従業者の職種	員数	勤務の体制
オペレーター	１名以上	常勤兼務１名以上
計画作成責任者	１名以上	兼任１名以上
介護福祉士	３名以上	常勤３名以上
介護基礎研修課程を修了した者	１名以上	常勤兼務１名以上
介護職員初任者研修課程を修了した者	１名以上	非常勤兼務１名以上
看護師	１５名以上	常勤兼務１５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	日新、東安居、安居、湊、清水東、清水西、清水南、清水北、鶉、宮ノ下、本郷、大安寺、松本、春山、明新、西藤島、宝永、順化、日之出、旭、豊、足羽、社北、社西、社南

※通報後おおむね20分以内に対応できる地域内

６．提供するサービス

サービス名	サービスの内容
①定期巡回サービス	訪問介護員等が定期的に居宅を訪問しサービスを提供する
②随時対応サービス	利用者・家族等からの通報を受け、オペレーターが対応する
③随時訪問サービス	オペレーターからの要請を受け、随時利用者宅を訪問しサービスを提供する
④訪問看護サービス	看護師等が医師の指示等にて利用者宅を訪問し、サービスを提供する

一体型では、①～④のサービスを提供します。

連携型では、①～③のサービスを提供し、④のサービスは、連携先の訪問看護事業所が提供します。

７．利用料（１単位当たりの単価は１０．２１円）

【基本単位】定期巡回・随時対応サービスの介護報酬

介護看護一体型		
	介護・看護利用者	介護のみ利用者
要介護１	７，９４６単位	５，４４６単位
要介護２	１２，４１３単位	９，７２０単位
要介護３	１８，９４８単位	１６，１４０単位

要介護４	23，358単位	20，417単位
要介護５	28，298単位	24，692単位

【加算関係】※印は支給限度額管理の対象外です

加算名	単位数
緊急時訪問看護加算※	３２５単位／月
特別管理加算Ⅰ※	５００単位／月
特別管理加算Ⅱ※	２５０単位／月
初期加算	３０単位／日
退院時共同指導加算	６００単位／回
サービス提供体制強化加算Ⅰイ※	７５０単位／月
総合マネジメント体制強化加算※	１，２００単位／月
口腔連携強化加算	５０単位／回
中山間地域加算※	所定単位数の５．０%を加算
ターミナルケア加算※	２，５００単位／死亡月
介護職員処遇改善加算Ⅰ※	所定単位数の２４．５%を加算

【減算関係】

減算名	単位数
通所介護サービス利用時減算	所定単位数から１日につき相当単位数を減算

８．苦情申立窓口

２４時間サポートセンター仁愛	ご利用方法	電話	0776-26-6000
		面接	福井市乾徳４－４－７
		担当者	水上　まり
福井市介護保険課	ご利用方法	電話	0776-20-5715
		面接	福井市大手3-10-1
福井県国民健康保険団体連合会	ご利用方法	電話	0776-57-1614
		面接	福井市西開発2-202-1 福井県自治会館4階

９．苦情処理手順

当事業所は、利用者から居宅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、提供した居宅サービス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．サービス提供困難時の対応

正当な理由により、利用者に対し適切な定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの提供が困難であることが認められた場合には、当該利用者に係る居宅介護支援事業者への連絡や他の定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者の紹介、その他適切な措置を速やかに講ずる。

１１．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	

１２．事故発生時の対応

当事業所は利用者に対する居宅サービス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、利用者に対するサービス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。

年　　月　　日

当事業者は利用者に対する定期巡回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。

定期巡回サービス事業者
主たる事業所所在地　　福井市乾徳４－４－７

名　称　　２４時間サポートセンター仁愛　印

説明者氏名　　印

<table>
<tr><td rowspan="4">利用者</td><td colspan="4">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。</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒□□□－□□□□</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="3">印</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td>（　　）　　－</td><td>ＦＡＸ</td><td>（　　）　　－</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="5">代理人</td><td colspan="4">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。</td></tr>
<tr><td>本人との続柄</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒□□□－□□□□</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="3">印</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td>（　　）　　－</td><td>ＦＡＸ</td><td>（　　）　　－</td></tr>
</table>

訪問介護利用申込および誓約・保証書

年　　月　　日

株式会社　仁愛ケアサービス
24 時間サポートセンター仁愛　管理者　殿

サービス契約書の説明を受け、納得したうえで貴事業所の訪問を申込みます。利用に際し、契約内容の諸規則を遵守し定期巡回職員の指示に従います。また下記事項を守り、貴事業所に対し一切迷惑をかけません。万一、違反した場合は損害賠償責任、警察への通報、即時利用中止等に対し異議は申しません。

また利用料その他諸費用の支払については申出人及び連帯保証人の連帯責任において、指定された期日までに全額を支払います。ただし、連帯保証人の保証する金額は極度額を上限とします。

以上のことを連帯保証人と連署の上誓約します。

記

1　介護従事者の持参した備品、器具等などを破損もしくは紛失しないこと。
2　窃盗、暴行・脅迫等の刑事犯罪に該当する行為をしないこと。
3　ハラスメント等介護医療従事者に迷惑となる行為をしないこと。
4　事業所から指示された書類・証明書等は指定の期日までに提出すること。

申出人	利用者	フリガナ		生年月日	大・昭・平・令 年　月　日生
		氏名	㊞		
		住所	（〒　　－　　）	☎	（　　） －
	代理人	フリガナ		続柄	
		氏名	㊞		
		住所	（〒　　－　　）	☎	（　　） －
連帯保証人	フリガナ			生年月日	大・昭・平・令 年　月　日生
	氏名		㊞		
	住所		（〒　　－　　）	☎	（　　） －
	勤務先名			☎	（　　） －
極度額			５０万円		

※連帯保証人は、原則別世帯で独立した生計を営み、利用料の支払い能力のある方とします。
この書面の写しを連帯保証人様へ郵送させていただきますので、現住所をご記入ください。

※太い枠線内をすべてご記入ください。また、「続柄」及び「電話番号」についても必ずご記入下さい。