

# 居宅介護サービス契約書

## 訪問介護・介護予防型訪問サービス、生活援助型訪問サービス事業

J Aはなかごの居宅介護サービスを次の内容にて締結します。

### 1. サービスの目的及び内容

事業者は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し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、次の介護給付の対象となるサービスを提供します。

- ① 訪問介護、介護予防型訪問サービスまたは、生活援助型訪問サービス事業

### 2. サービスの内容

それぞれのサービス内容の詳細は、別紙に記載のとおりです。

なお、提供するサービスの種類又は内容を変更する場合には、付属の「契約変更合意欄」に必要事項を記載し、記名押印のうえで、変更内容に係る別紙を追加して添付します。

### 3. 契約期間

この契約の契約期間は、令和 年 月 日から始まり、利用者の要介護認定の有効期間満了までとします。ただし、契約期間満了日の7日前までに利用者から契約解約の申し出がない場合、この契約は更新されます。

### 4. 利用者負担金

サービスに対する利用者負担金は、サービスごとに別紙に記載するとおりとします。

なお、利用料金の支払は、月末締切の翌月20日（休日の場合は翌営業日とする）とし、原則として、契約者（または代理人）名義のJ A兵庫南貯金口座振替（貯金口座振替依頼書に基づく）で処理させていただきます。

また、他の金融機関等の貯金口座振替（預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書に基づく）の場合は、月末締切の翌月27日（休日の場合は翌営業日とする）に処理させていただきます。

### 5. 予約を取り消す方法について

サービスの利用を中止する際には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。前日又は当日の予約取消しは別紙に定める取消料を申し受けることとなります。

### 6. その他

この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重し、利用者と事業者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2通を作成し、利用者及び事業者は記名押印の上、各自その1通を保有することとします。

利用者名	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居宅介護サービスの利用を申し込みます。			
	住所	〒675—		
	氏名	印		
	電話番号	( ) —	F a x	( ) —

代理人 又は 立会人	(代理人の場合) 私は、本人に代わり、上記署名を行いました。私は、本人の契約意思を確認しました。 (立会人の場合) 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。			
	本人との関係		(代理人の場合) 署名を代行した理由	
	住所	〒 —		
	氏名	印		
	電話番号	( ) —	F a x	( ) —

事業者	当事業者は、居宅介護サービス事業者として利用者の申し込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを誠実に責任を持って行います。			
	住所	〒675-1105 加古郡稲美町加古2335-3		
	名称	社会福祉法人 稲穂会		
	代表者	所長 山口 泰隆 印		
電話番号	(079) 496-5557	F a x	(079) 492-8910	

\* 代理人を選任した場合は、代理人が署名する。

\* 立会人には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に立って事業者との連絡 調整等を行える方がいる場合に記載してください。なお、立会人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

# 裏面約款

## 第1条（サービスの目的及び内容）

1. 事業者は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう支援します。
2. それぞれのサービス内容の詳細は、別紙に記載のとおりです。
3. 提供するサービスの種類又は内容を変更する場合には、付属の「契約変更合意欄」に必要事項を記載し、記名押印のうえで、変更内容に係る別紙を追加して添付します。

## 第2条（重要事項説明書の準用）

この契約に規定されている内容以外の重要事項については、別添付属の重要事項説明書の準用をもって契約内容とします。

## 第3条（契約期間）

1. この契約の契約期間は、表記のとおりとします。  
ただし、契約期間満了日以前に、利用者が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定等の有効期間の満了日が更新された場合、又は要介護認定等の更新認定を受けた場合は、更新後の要介護認定等の有効期間が満了する日までとします。
2. 上記の契約期間満了日の7日前までに利用者から事業者に対して契約解約の申し出がない場合、契約は更新されるものとします。

## 第4条（個別サービス計画等）

1. 事業者は、利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、利用者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」に沿って必要となるサービス種類ごとに「個別サービス計画」を作成し、これに従って計画的にサービスを提供します。「個別サービス計画」を作成した場合は、利用者に説明のうえ提出します。
2. 事業者は、利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合で、その変更が「居宅サービス計画（ケアプラン）」の範囲内で可能なときは、速やかに「個別サービス計画」の変更等の対応を行います。  
等の援助を行います。

## 第5条（サービス提供の記録等）

1. 事業者は、サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「サービス提供記録書」等の書面に必要事項を記入し、利用者の確認を受けることとします。
2. 事業者は、一定期間ごとに、サービス提供の状況、目標達成の状況等について「サービス提供記録書」等の記録を作成して、利用者に説明のうえ提出します。
3. 事業者は、「サービス提供記録書」等の記録を作成した後5年間はこれを適正に保存し、利用者の求めに応じて閲覧に応じ、又は実費負担によりその写しを交付します。

## 第6条（利用者負担金及びその滞納）

1. サービスに対する利用者負担金は、サービスごとに別紙に記載するとおりとします。  
なお、利用者負担金は関係法令に基づいて決められているものであるため、契約期間中にこれが変更になった場合は、関係法令に従って改定後の金額が適用されます。
2. 利用者が正当な理由なく事業者を支払うべき利用者負担金を3ヶ月分以上滞納した場合には、事業者は1ヶ月以上の期間を定めて、期間満了までに利用料を支払わない場合には契約を解除する旨の催告をすることができます。

3. 前項の催告をしたときは、事業者は、居宅サービス計画を作成した介護支援事業者と協議し、利用者の日常生活を維持する見地から、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。
4. 事業者は、前項に定める調整の努力を行い、かつ第2項に定める期間が満了した場合には、この契約を文書により解除することができます。

#### 第7条（利用者の解約権）

1. 利用者は、事業者に対しいつでも1週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。
2. 利用者は、以下の場合には、直ちにこの契約を解除できます。
  - (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、守秘義務に違反した場合
  - (3) 事業者が、利用者の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不審行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合

#### 第8条（事業者の解除権）

1. 事業者は、事業の廃止や縮小によりサービスの提供が困難になった場合など、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して契約終了日の1ヶ月前までにその理由を記載した文書で通知することにより、この契約を解除することができます。ただし、利用者の著しい不信行為により契約の継続が困難となり、事業者からの申し入れにもかかわらず改善されない場合は、1ヶ月以上の事前申し出期間なしにその理由を記載した文書で通知することにより、この契約を解除することができます。この場合、事業者は、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成した介護支援事業者にその旨を連絡します。
2. 事業者は、利用者が以下の事項に該当する場合には、文章により本契約を解除することができます。
  - (1) 利用者が、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、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
  - (2) サービス利用料金の支払いが3か月以上滞納し、催促にもかかわらず、その期間内に支払いがない場合
  - (3) 利用者が、故意又は重大な過失により事業者またはサービス従業員の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約の目的を達することが困難となった場合

#### 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3条の規定により利用者から事前に解約の申し出があり、契約の有効期間が満了したとき
2. 第6条の規定により事業者から解除の意思表示がなされたとき
3. 第7条の規定により利用者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき
4. 第8条の規定により事業者から契約解除の意思表示がなされたとき
5. 次の理由で利用者にサービスを提供できなくなったとき
  - (1) 利用者が介護保険施設に入所した場合
  - (2) 利用者が要介護認定を受けられなかった場合
  - (3) 利用者が死亡した場合

#### 第10条（介護保険給付限度額を超過する場合）

この契約書は、介護保険法に基づくサービスを対象としたものですが、要介護度別に定められている介護保険給付限度を超過する場合の各種サービス利用分については、超過分につき全額自己負担となります。

#### **第11条（損害賠償）**

1. 事業者は、サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族等に連絡し必要な措置を講じます。
2. 前項において、事故により利用者又はその家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合には、速やかにその損害を賠償します。ただし、事業者自らの責めに帰すべき事由によらない場合は、この限りではありません。
3. 前項の場合、利用者又は利用者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出来ます。

#### **第12条（秘密保持）**

1. 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密・個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
2. あらかじめ文書により利用者の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず、一定の条件の下で個人情報を利用できるものとします。

#### **第13条（苦情対応）**

1. 利用者は提供されたサービスに苦情がある場合には、事業者、介護支援専門員、市町村又は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、苦情の申立て又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。
3. 事業者は、利用者が苦情申立て等を行ったことを理由として何らの不利益な取扱いをすることはありません。

#### **第14条（契約外条項等）**

1. この契約及び介護保険法等の関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重し、利用者と事業者の協議により定めます。
2. この契約書は、介護保険法に基づくサービスだけを対象としたものですので、利用者がそれ以外のサービスを希望する場合には、別途契約するものとします。

【契約書付属】

## 契約変更合意欄

【第 回変更】

本件契約の内容を次のとおり変更します。

変更内容	
別紙の扱い	

令和 年 月 日

利用者 住所 加古郡稲美町 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

利用者の家族 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

代理人・立会人 (該当する場合)

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(事業者) 所在地 加古郡稲美町加古2335-3 \_\_\_\_\_

事業者名 社会福祉法人 稲穂会 \_\_\_\_\_

代表者名 所長 山口 泰隆 (印) \_\_\_\_\_

# 訪問介護サービス契約重要事項説明書

## 1. 担当するサービス提供責任者、訪問介護員

### (1) サービス提供責任者

担当部署 氏名 野村陽子 早瀬良子

連絡先 TEL 079-496-5557

(月曜日から土曜日 午前8時00分～午後5時00分まで ただし、日曜日と  
12月31日から翌年1月3日の年末年始は休み)

サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

### (2) 訪問介護員（ヘルパー）

氏名

事業者の都合により訪問介護員を変更する場合は、サービス提供責任者から  
事前に連絡します。

## 2. 事業所の概要

事業所名	デイサービスセンター JAはなかご
所在地	加古郡稲美町加古2335-3
開設年月	平成12年4月
指定事業所番号	2872800194
連絡先	TEL 079-496-5557 FAX 079-492-8910
緊急時の連絡先	TEL 079-496-5557
管理者の役職名 管理者の連絡先	所長 山口 泰隆 TEL 079-496-5557 FAX 079-492-8910
管理者の兼務業務	通所介護事業の管理者
サービス提供日 サービス提供時間	月曜日から日曜日までとする。 早朝時間として午前6時から午前8時、通常時間として午前8時から午後6時 夜間時間として午後6時から午後10時までとする。 なお、特別な場合に、深夜時間として午後10時から翌日午前6時を設定 することができる。
休日	12月31日から翌年1月3日までの年末年始は休み
事業所の営業日 事業所の営業時間	月曜日から土曜日 午前8時00分から5時00分までとする。
休日	日曜日と12月31日から翌年1月3日の年末年始は休み
サービス提供実施地域	通常の事業の実施地域は、稲美町、加古川市、播磨町、明石市、高砂市とする。 当該地域内では交通費はサービス料金にふくまれています。

### 3. 当事業所の法人概要

事業者名	社会福祉法人 稲穂会
所在地	加古川市加古川町寺家町621
連絡先(代表)	TEL 079-451-8550 FAX 079-451-8560
法人種別	社会福祉法人
設立年月	平成12年1月
代表者	理事長 野村 隆幸
法人の行う他の業務	高齢者住宅事業、通所介護事業、居宅介護支援事業

### 4. 当事業所の従業員

職 種	職 務 内 容	人 員
管理者	・従業員と業務の管理	1 人
サービス提供責任者	・利用の申し込み調整、訪問介護サービス計画の作成、ヘルパーへの技術指導等	2 人
事務担当職員	事務、庶務全般等	2人(常勤2人)
訪 問 介 護 員	介護福祉士 介護初任者研修 ホームヘルパー2級 身体介護、生活援助	6人(非常勤) 1人(非常勤) 6人(非常勤)

### 5. 事業の目的・運営方針

事業の目的	要介護状態と認定された利用者及びその家族が安心して日常生活を営むことができるよう訪問介護サービスを通じて援助を行う。
運営方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護状態の利用者に対して、その有する能力に応じ、自立した日常生活が営めるよう、入浴・排泄・食事等の介護その他生活全般にわたる援助を行う。</li> <li>・利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスを提供する。</li> <li>・福祉向上のため、市町、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、その他保険・医療・福祉機関と密着に連携する。</li> </ul>

### 6. 提供する訪問介護サービスの内容

利用者に提供するサービスの内容は次のとおりです。

内 容	提 供 方 法	保険適用
訪問介護サービス計画	1.利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、訪問介護計画を作成し、その内容について利用者又はその家族に説明し、同意を得ます。 2.訪問介護計画の作成後、実施状況の把握を行い、利用者又は家族等の同意を得て必要に応じて計画の変更を行います。	○
サービスの提供	1.利用者の居宅において介護福祉士及び訪問介護員を派遣して、入浴・排泄・食事介助等の身体介護並びに調理・洗濯・掃除等の生活援助のサービスを行います。 2.サービスの詳細については、別添の「サービス内容説明書」により利用者の希望を確認したうえで行う。	○
上乗せサービスの提供	支給限度額を超える場合についても上記のサービスと同様のサービスを提供します。	



	ただし、介護保険の非適用であり全額自己負担となりますので、ご注意ください。	
訪問介護サービス計画の変更等	利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合で、その変更が「居宅サービス計画（ケアプラン）」の範囲内で可能なときは、速やかに「訪問介護計画」の変更を行います。 また、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、速やかに介護支援事業者への連絡調整等の援助を行います。	○
サービス提供の記録及び記録の交付・保存等	1. サービス提供をした際には、予め定められた「訪問介護サービス記録書」等の書面に必要事項を記入して、サービス提供終了時に利用者の確認を受けます。 2. 一定期間ごとに（又は1か月ごとに）「訪問介護計画」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等の状況に関する「訪問介護サービス記録書」等の書面を作成し、利用者から申し出があった場合には説明のうえ交付します。 3. 前記の「訪問介護サービス記録書」等の記録を作成完了後、5年間は適正に保存し、利用者の求めに応じて閲覧に応じ、又は実費担によりその写しを交付します。	○

## 7. サービスの利用料及び利用者負担

- (1) 利用者の方からいただく負担金は、「料金表」のとおりです。
- (2) 介護保険適用外のサービスとなる場合、及びサービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合には、全額自己負担となります。特に介護保険適用外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成する際に介護支援専門員（ケアマネージャー）から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。
- (3) サービス提供の実施地域以外の地域でサービスを提供した場合には、交通費が必要となりますので、別途交通費確認書を交付します。また、買物、薬の受け取り等で遠距離まで出かける場合には、交通費として別紙料金表にもとづきご負担いただきます。
- (4) 利用料金の支払いは、月末締切の翌月20日（ただし、20日が休日の場合は翌営業日とする）とし、原則として契約者（又は代理人）名義のJA兵庫南貯金口座振替（貯金口座振替依頼書にもとづく）で処理させていただきます。  
また、他の金融機関等の貯金口座振替（預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書に基づく）の場合は、月末締切の翌月27日に引き落としさせていただきます。

## 8. 介護保険料の滞納等がある場合

介護保険適用の場合においても、保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなる場合があります。その場合は介護報酬の全額をお支払いいただくこととなりますので、当施設からサービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を市町村の窓口に提出しますと、後日に介護報酬の9割が払い戻しとなる場合があります。  
また、滞納期間によっては、利用者の負担が増える場合もあります。

## 9. 要介護認定前の居宅サービスの提供

要介護認定までに、利用者が居宅サービスの提供を希望する場合には、この契約の締結の日から要介護認定申請時までに居宅サービス計画をもとに、利用者にとって必要な居宅サービスを提供いたします。要介護認定後には、利用者に対してこの契約の継続について意志確認を行います。この際に利用者からの解約の申し入れがあった場合には、この契約は終了し解約料はいただきません。なお、要介護認定の結果、自立（非該当）となった場合には、全額利用者負担となり、別紙料金表の利用料をいただきます。また、認定された要介護度に応じて利用料を

いただきます。また、認定された要介護度に応じて利用料の一部が利用者負担となる場合もあります。

#### 10. 利用サービスの予約取り直し

(1) 利用者がサービスの利用予約を取り消す場合には、速やかに次の連絡先（又は前記のサービス提供責任者）までご連絡ください。

連絡先（TEL） 079-496-5557

(2) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前々日の営業時間内にご連絡ください。前日の又は当日での予約取り直しは、次の取消料を申し受けることとなりますのでご了承ください。（ただし、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、取消料は不要です。）

(3) 取消料は、利用者負担金の支払いに合わせてお支払いいただきます。

時 間	取 消 料	備 考
サービス利用日の前々日まで	無 料	
サービス利用日の前日まで	利用者負担金の50%	
サービス利用日の当日	利用者負担金の100%	

#### 11. 契約の終了と自動更新について

契約の期間については、要介護認定等の有効期間の満了日でいったん終了することとなります。ただし、有効期間の満了7日前までに、利用者から契約を終了する旨の申し出がない場合には、契約は自動的に更新されます。

#### 12. 契約期間途中での解約の場合

この契約は、契約期間中であっても、利用者の方から解約を希望する1週間までにお申し出いただければ解約することができます。この場合、解約料のお支払いは必要ありません。

#### 13. 秘密の保持

当施設は、利用者にサービスを提供するうえで知り得た情報は、契約期間中はもとより、契約終了後においても、決して第三者に漏らすことはありません。

また、利用者やそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物に関しては、善良な管理者の注意をもって管理を行い、処分の際にも漏洩の防止に努めます。ただし、当施設がサービスを提供する際に利用者やご家族に関して、知り得た情報については、サービス担当者会議などでサービスの利用調整情報を行う際に必要となります。この際には、利用者の同意を得たうえで個人情報を使用します。

なお、同意いただいた場合には、別紙の「個人情報使用同意書」に記名押印いただくこととなります。

#### 14. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化があった場合は、事前の打合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

## 15. 損害賠償

当施設が利用者に対して賠償すべきことが起こった場合は、その損害を賠償いたします。当施設は訪問福祉活動特約付帯賠償責任担保特約付団体建物火災共済に加入し利用者に対して万全の保障をしています。なお、賠償責任共済にかかる内容については、サービス提供責任者までお問い合わせください。

## 16. サービスの苦情相談窓口

当施設は、提供したサービスに対して利用者から苦情や相談があった場合は、速やかに対応を行います。

サービスの提供に関して苦情や相談がある場合には、以下までご連絡下さい。

### (1) 当施設の苦情相談窓口

窓口名 JAはなかご	連絡先 079-496-5557
管理者名 山口 泰隆	FAX 079-492-8910
窓口担当者 野村 陽子	(受付時間 午前8時00分から午後5時00分まで ) 緊急連絡先 079-496-5557

### (2) 介護保険の苦情や相談に関しては他に、下記の相談窓口があります。

(介護保険全般に関するお問い合わせ)	
稲美町健康福祉課介護保険係	連絡先 079-492-9139
加古川市健康福祉課介護保険係	連絡先 079-427-9123
兵庫県国民健康保険団体連合会	受付時間 (平日) 午前8時30分から午後5時15分まで
介護保険係	連絡先 078-332-5617
	受付時間 午前8時30分から午後5時15分まで

## 17. その他

- (1) サービス提供責任者は身分証明書を常に携帯し、初回訪問及び利用者又は家族から求められた時はいつでも提示します。
- (2) 利用者の家族等からの要望に応じて、必要事項を利用者に連絡するのと同様の通知をその家族へも行います。
- (3) 利用者が訪問介護員（ヘルパー）の交代を希望される場合には、できる限り対応いたしますので、前記のサービス提供責任者までご相談ください。
- (4) サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。
  - ①ヘルパーは、医療行為や年金等の金銭の取扱いはしかねますので、ご了承ください。（生活援助として行う買い物等に伴う少額の金銭の取扱いは可能です）
  - ②ヘルパーは、介護保険制度上、利用者（要介護者）の介護や家事の準備等を行うこととされています。家族の方の食事の準備など、それ以外の業務についてはできませんので、ご了承ください。
  - ③ヘルパーに対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

以上、訪問介護事業の提供開始にあたり、利用者に対して本書面（及び付属別紙）に基づいて重要事項の説明を行いました。

なお、この重要事項説明書に記載した内容に変更が生じた場合には、利用者にもその内容の書類を交付して説明するか、もしくは郵便で通知します。

令和 年 月 日

説明した時間	時 分～ 時 分
--------	----------

説明した場所	自 宅
--------	-----

事業所 所在地 加古郡稲美町加古2335-3

名 称 デイサービスセンター JAはなかご

説明者 氏 名 早瀬 良子 印

私は、本書面（及び付属別紙）により事業者から重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所 加古郡稲美町

氏 名 印

上記代理人・立会人（代理人・立会人を選定した場合）

住 所

氏 名 印

住 所

氏 名 印

住 所

氏 名 印

初回説明書からの変更

変更事項： \_\_\_\_\_ 月 日 説明

変更事項： \_\_\_\_\_ 月 日 説明

変更事項： \_\_\_\_\_ 月 日 説明

## 訪問介護サービス内容説明書

### 1. 提供可能なサービス

訪問介護は、利用者の居宅（自宅）に訪問介護員を派遣し、下記の身体介護・生活援助を行うサービスです。

身体介護	①起床介助 ②就寝介助 ③排泄介助 ④衣類の脱着介助 ⑤整容介助 ⑥身体の清拭・洗髪 ⑦入浴介助 ⑧食事介助 ⑨体位変換 ⑩服薬管理の支援 ⑪通院等の介助等 ⑫その他（一緒に調理等）
生活援助	①調理 ②洗濯 ③住居の掃除・整理整頓 ④買物 ⑤薬の受け取り ⑥衣服の入れ替え、衣服の補修 等

### 2. 訪問介護サービスの内容と料金

#### (1) ご利用いただく訪問介護サービスの内容と利用料金（見積もり）

	サービス種類	訪問時間帯	時間(分)	利用料金	利用者負担金(円)
日					
月					
火					
水					
木					
金					
土					
	初回加算			2,000	
	処遇改善加算22.4%			3,450	
	7級地×10.21円				
利用料金等計				39,927	3,992

※ ご利用いただく訪問介護のサービス種類・利用日時・サービス提供責任者・訪問介員等の変更が発生した場合は、「訪問介護計画書」によりその都度対応いたします。

※ ここに記載した金額は、見積もりによる概算のものです。実際のご利用実績により計算いたします。

#### (2) その他の費用

交通費（通常の実施地域外の場合のみ）	無・有（1回につき	円）
--------------------	-----------	----

### 3. サービスの提供責任者・訪問介護員（ヘルパー）ならびに相談・苦情受付

(1) 担当するサービス提供責任者・訪問介護員は、次のとおりです。

サービス担当責任者	早瀬 良子	連絡先	079-496-5557
訪問介護員		緊急連絡先	同上

※ 事業者の都合により訪問介護員を変更する場合は、サービス提供責任者から事前に連絡いたします。

(2) 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。

担当者	野村 陽子	電話番号	079-496-5557
-----	-------	------	--------------

# 個人情報同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次の記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

## 記

### 1. 使用する目的

#### (1) 内部での利用

- ① 介護サービスの利用者等に提供する介護サービス
- ② 介護保険事務
- ③ 介護サービス利用者に係る事業者等の管理運営事務のうち、
  - 1) 会計・経理
  - 2) 事故等の報告
  - 3) 介護サービスの向上

#### (2) 他の事業所等への情報提供

- ① 事業者等が利用者等に提供する介護サービスのうち、
  - 1) 当該利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業者等との連携（サービス担当者会議等）や照会への回答
  - 2) その他の業務委託
  - 3) 家族への心身の状況説明
- ② 介護保険事務のうち、
  - 1) 保険事務の委託
  - 2) 審査支払い機関へのレセプトの提出
  - 3) 審査支払い機関又は保険者からの照会への回答
- ③ 損害賠償などに係る共済連への相談又は届出等

#### (3) 上記以外の利用

- 事務所等の管理運営業務のうち、
- 1) 介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
  - 2) 学生の実習への協力

### 2. 利用範囲

#### (1) 介護保険法で義務として明記されているもの

- ① サービス提供困難時の事業者間の連絡、照会等
- ② 居宅介護支援事業者等との連携
- ③ 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市長・町長のいずれかへの通知
- ④ 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等

(2) 行政機関等への対応として義務づけられているもの

- ① 行政の長による文書等提出等の要求への対応
- ② 厚生労働大臣又は県知事による報告命令、帳簿書類等の提示命令等への対応
- ③ 県知事による立ち入り検査への対応
- ④ 行政の長が行う利用者からの苦情に関する調査への協力等
- ⑤ 事故発生時の市長への連絡

3. 使用する期間

令和 年 月 日から利用者の要介護認定等の有効期間満了日まで  
とする。ただし、利用者から有効期間満了日の7日前までに異議申し立てのない場合は、  
次の有効期限満了日までとする。

4. 使用条件

- (1) 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こと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。
- (3) 個人情報保護方針及び規定等を遵守すること。

令和 年 月 日

事業者 社会福祉法人 稲穂会 殿

利用者 住所 加古郡稲美町 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

利用者の家族 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

代理人・立会人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

料金表

サービスの利用料金及び利用者負担（訪問介護 1回につき）

利用者負担金は、介護保険関係法令で定める、次の介護給付費の1割を負担していただきます。

	30分未満	45分未満	45分以上	
身体介護	2,440円		3,870円	
生活援助		1,790円	2,200円	
加算	離島・へき地加算：15% 複数加算：200% 夜間・早朝加算：25% 深夜加算：50%			
初回加算	2,000円			
処遇改善加算	22.4%			
7級地	×10.21円			

【稲美町】介護予防サービスの利用料金及び利用者負担 1か月につき

	介護予防型訪問サービス費		
	(I)	(II)	(III)
対象者	要支援1・2、事業対象者		要支援2
1週間あたりの利用回数	1回程度	2回程度	介護予防訪問サービス費(II)を超える回数
基本単価	1回当たり単位 2,680円 月4回超の場合(月額) 11,760円	1回当たり単位 2,720円 月8回超の場合(月額) 23,490円	1回当たり単位 2,870円 月12回超の場合(月額) 37,270円
加算	介護職員処遇改善加算 総単位数の22.4%		
加算	地域区分1単位10.21円		

	生活援助型訪問サービス費		
	(I)	(II)	(III)
対象者	要支援1・2、事業対象者		要支援2
1週間あたりの利用回数	1回程度	2回程度	介護予防訪問サービス費(II)を超える回数
基本単価	1回当たり単位 2,140円 月4回超の場合(月額) 9,400円	1回当たり単位 2,170円 月8回超の場合(月額) 18,790円	1回当たり単位 2,290円 月12回超の場合(月額) 29,810円
加算	地域区分1単位10.21円		

【加古川】

基本料金	生活援助中心(20分～45分未満の場合) (45分以上の場合) 短時間の身体介護中心	179単位 220単位 163単位
------	--	-------------------------