

糸魚川市介護予防・日常生活支援総合事業

基準緩和型訪問サービス契約書

この契約書は、
様（以下「利用者」と略します。）と社会福祉法人
糸魚川市社会福祉協議会（以下「事業者」と略します。）は、事業者が提供するサービスの
利用等について、以下のとおり契約を締結します。

（契約の目的）

第1条 事業者は、介護保険法（平成9年法律第123号）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、基準緩和型訪問サービスを提供します。

（契約期間）

第2条 この契約の期間は、以下のとおりとします。

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

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、本契約
は自動的に更新されるものとします。

（提供するサービスの内容及びその変更）

第3条 事業者が提供するサービスのうち、利用者が利用するサービスの内容、利用回数、
利用料は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」のとおりです。

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。この申し
出があった場合、当該変更が介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランの範囲内で
可能であり、第1条に規定する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。

3 事業者は、利用者が介護予防サービス計画又は介護予防プランの変更を希望する場合
は、速やかに地域包括支援センターに連絡するなど必要な援助を行います。

4 事業者は、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、
そのサービス内容及び利用料を具体的に説明し、利用者の同意を得ます。

（利用料等の支払い）

第4条 利用者は、事業者からサービスの提供を受けたときは、「契約書別紙（兼重要事項
説明書）」の記載に従い、事業者に対し、利用者負担金を支払います。

2 利用料の請求や支払方法は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」のとおりです。

（利用料の変更）

第5条 事業者は、介護保険法その他関係法令の改正により、利用料の利用者負担金に変更

が生じた場合は、利用者に対し速やかに変更の時期及び変更後の金額を説明の上、変更後の利用者負担金を請求することができるものとします。ただし、利用者は、この変更に同意することができない場合には、本契約を解約することができます。

(利用料の滞納)

第6条 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2ヶ月分以上滞納した場合は、事業者は、利用者に対し、1ヶ月以上の猶予期間を設けた上で支払い期限を定め、当該期限までに滞納額の全額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ます。

2 事業者は、前項の催告をした場合には、担当の地域包括支援センター及び糸魚川市と連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。

3 事業者は、前項の措置を講じた上で、利用者が第1項の期間内に滞納額の支払いをしなかったときは、文書をもって本契約を解約することができます。

(利用者の解約権)

第7条 利用者は、7日以上予告期間を設けることにより、事業者に対しいつでもこの契約の解約を申し出ることができます。この場合、予告期間満了日に契約は解約されます。

2 利用者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、前項の規定にかかわらず、予告期間を設けることなく直ちにこの契約を解約できます。

一 事業者が、正当な理由なく本契約に定めるサービスを提供せず、利用者の請求にもかかわらず、これを提供しようとししない場合

二 事業者が、第11条に定める守秘義務に違反した場合

三 事業者が、利用者の身体・財産・名誉等を傷つけ、または著しい不信行為を行うなど、本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合

(事業者の解約権)

第8条 事業者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、文書により2週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

一 利用者あるいはその家族が事業者及びその職員に対して暴言、暴力などの不法行為をなし、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、本契約の目的を達することが著しく困難となった場合

二 利用者が事業者の通常の事業（又は送迎）の実施地域外に転居し、事業者においてサービスの提供の継続が困難であると見込まれる場合

2 事業者は、前項によりこの契約を解約する場合には、担当の地域包括支援センター及び必要に応じて糸魚川市に連絡を取り、解約後も利用者の健康や生命に支障のないよう、必要な措置を講じます。

(契約の終了)

第9条 次の各号のいずれかに該当する場合は、この契約は終了します。

- 一 第2条第2項に基づき、利用者から契約更新しない旨の申し出があり、契約期間が満了した場合
- 二 第7条第1項に基づき、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場合
- 三 第5条もしくは第7条第2項に基づき、利用者から解約の意思表示がなされた場合
- 四 第6条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされた場合
- 五 第8条に基づき、事業者から解約の意思表示がなされ、予告期間が満了した場合
- 六 利用者が介護保険施設へ入所した場合
- 七 利用者が介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、又は介護予防認知症対応型共同生活介護を受けることとなった場合
- 八 利用者の要介護状態区分が要介護となった場合
- 九 利用者が基本チェックリストの基準に非該当となった場合
- 十 利用者が死亡した場合

(損害賠償)

- 第10条 事業者は、サービスの提供にあたり、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者又は利用者の家族に対して損害を賠償します。ただし、当該損害について事業者の責任を問えない場合はこの限りではありません。
- 2 前項の義務履行を確保するため、事業者は損害賠償保険に加入します。
 - 3 利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合、賠償額を減額することができます。なお、第8条による解除の場合には、損害賠償の責任を負いません。

(守秘義務)

- 第11条 事業者及び事業者の従業者は、サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。
- 2 事業者は、事業者の従業員が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないように必要な処置を講じます。
 - 3 事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、介護保険法第23条に基づくもののほか、利用者の介護予防サービス計画又は介護予防ケアプラン立案のためのサービス担当者会議並びに地域包括支援センター及び介護予防サービス事業者との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。
 - 4 第1項の規定にかかわらず、事業者は、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124号）に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

(苦情処理)

- 第12条 利用者又は利用者の家族は、提供されたサービスに苦情がある場合は、「契約書別紙（兼重要事項説明書）」に記載された事業者の相談窓口及び関係機関に対して、いつ

でも苦情を申し立てることができます。

- 2 事業者は、提供したサービスについて、利用者又は利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速かつ適切に対処し、サービスの向上及び改善に努めます。
- 3 事業者は、利用者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。

(サービス内容等の記録の作成及び保存)

- 第13条 事業者は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結の日から5年間保存します。
- 2 利用者及び利用者の後見人（必要に応じ利用者の家族を含む）は、事業者に対し、いつでも前項の記録の閲覧及び複写を求めることができます。ただし、複写に際しては、事業者は利用者に対して、実費相当額を請求できるものとします。
 - 3 事業者は、契約の終了にあたって必要があると認められる場合は、利用者の同意を得た上で、利用者の指定する他の居宅介護支援事業者等へ、第1項の記録の写しを交付することができるものとします。

(契約外条項)

- 第14条 本契約に定めのない事項については、介護保険法その他関係法令の定めるところを尊重し、利用者及び事業者の協議により定めます。

以上のとおり、介護予防・日常生活支援総合事業基準緩和型訪問サービスに関する契約を締結します。

上記契約を証明するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印の上、それぞれ1部ずつ保有します。

令和 年 月 日

(利用者) 私は、この契約内容に同意し、サービスの利用を申し込みます。

また、第12条第3項に定める利用者の個人情報の使用について、同意します。

利 用 者 住 所 糸魚川市

氏 名

印

(代理人) 私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

署名代行者 住 所

氏 名

印

本人との続柄

(事業者) 私は、利用者の申込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって行います。

事 業 者 住 所 糸魚川市寺町4丁目3番1号

事業者（法人名） 社会福祉法人 糸魚川市社会福祉協議会

代表者職・氏名 会長 加藤 美也子 印

(立会人) 私は、（※利用者との続柄）として、この契約に立ち会いました。

住 所

氏 名

印

(家族代表) 私は、第12条第3項に定める利用者の家族の個人情報の使用について、同意します。

家 族 代 表 住 所

氏 名

印

糸魚川市介護予防・日常生活支援総合事業第1号訪問事業

基準緩和型訪問サービス契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、糸魚川市介護予防日常生活支援総合事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める要項に基づき、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. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 糸魚川市社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	〒941-0058 糸魚川市寺町4丁目3番1号
代表者（職名・氏名）	会長 加藤 美也子
設立年月日	平成17年 3月 1日
電話番号	025-552-7700

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	介護センターにじ	
サービスの種類	第1号訪問事業 基準緩和型訪問サービス	
事業所の所在地	〒941-0051 糸魚川市押上2丁目9番65号	
電話番号	025-550-1025	
指定年月日・事業所番号	平成29年 4月 1日指定	1571500444
管理者の氏名	加藤 朋子	
通常の事業の実施地域	糸魚川市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、基準緩和型訪問サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

基準緩和型訪問サービスは、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世話をを行うサービスです。

5. 営業日時

営業日	年中無休
営業時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで
サービス提供時間	午前 7 時から午後 9 時まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数			
管理者	常勤	1 人	非常勤	0 人
訪問事業責任者（サービス提供責任者）	常勤	5 人	非常勤	0 人
従事者	常勤	5 人	非常勤	14 人

7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の 1 割（一定以上の所得のある方は 2 割または 3 割）の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（１）基準緩和型訪問サービスの利用料

別表にて

（２）キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日まで	無 料
利用予定日の当日	1, 000 円

（３）支払い方法

上記（１）の利用料（利用者負担分の金額）は、1 ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、30 日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の 25 日（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の 25 日までに、現金でお支払いください。

8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	

9. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び糸魚川市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 025-550-1025 面接場所 糸魚川市押上2丁目9番65号 介護センターにじ 応接室 苦情窓口担当者 訪問介護管理者 加藤 朋子 苦情解決責任者 事務局長 渡辺 忍 受付時間 平日午前8時30分から午後5時まで
---------	--

(2) 第三者委員

当事業所では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から当事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、当事業所への苦情やご意見は、「第三者委員」に相談することもできます。

〈第三者委員〉

氏 名	連絡先	電話番号
山 岸 正 光	糸魚川市横町1-1-25	552-1958
久保田 幸 利	糸魚川市筒石30	567-2129
松 澤 ハツエ	糸魚川市今村新田664	562-5117

(3) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	糸魚川市福祉事務所	電話番号 025-552-1511
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

11. 第三者による評価の実施状況等

第三者による評価の 実施状況	1 あり	実施日	年 月 日
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

- ① 医療行為及び医療補助行為
- ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
- ③ 他の家族の方に対する食事の準備 など

(2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

(3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事 業 者 所在地 糸魚川市寺町4丁目3番1号
事業者（法人）名 社会福祉法人 糸魚川市社会福祉協議会
代表者職・氏名 会長 加藤 美也子 印
説明者職・氏名 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利 用 者 住 所 糸魚川市
氏 名 印

署名代行者（又は法定代理人）
住 所
本人との続柄
氏 名 印

立 会 人 住 所
氏 名 印

【基本部分】

サービス利用回数		基本利用料	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)
20分以上 45分未満	1回あたり	1,790円	179円	358円
45分以上	1回あたり	2,200円	220円	440円

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金 (自己負担1割の場合)
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合 (1月につき)	2,000円	200円
介護職員処遇改善 Ⅰ 初回加算 ※	当該加算の算定要件を満たす場合	490円	49円
介護職員処遇改善 Ⅱ 初回加算 ※		450円	45円
介護職員処遇改善 Ⅲ 初回加算 ※		360円	36円
介護職員処遇改善 Ⅳ 初回加算 ※		290円	29円
介護職員処遇改善 加算Ⅰ相当加算1※		440円	44円
介護職員処遇改善 加算Ⅰ相当加算2※		540円	54円
介護職員処遇改善 加算Ⅱ相当加算1※		400円	40円
介護職員処遇改善 加算Ⅱ相当加算2※		490円	49円
介護職員処遇改善 加算Ⅲ相当加算1※		330円	33円
介護職員処遇改善 加算Ⅲ相当加算2※		400円	40円
介護職員処遇改善 加算Ⅳ相当加算1※		260円	26円
介護職員処遇改善 加算Ⅳ相当加算2※		320円	32円

(注) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。