

**介護予防・日常生活支援総合事業
(家事援助限定型訪問サービス)**

**重要事項説明書
利用契約書
個人情報利用に関する同意書**

**株式会社ベビーリーフ
羽衣ヘルパーステーション**

この重要事項説明書は、「西宮市指定家事援助限定型訪問サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定家事援助限定型訪問サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める要綱」の規定に基づき、指定家事援助限定型訪問サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです

重要事項説明書

1 指定予防専門型訪問サービスを提供する事業者について

事業者名称	株式会社ベビーリーフ
代表者氏名	代表取締役 前野 建吾
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	663-8232 兵庫県西宮市羽衣町 2-7 TEL : 0798-22-8788 FAX : 0798-22-8798
法人設立年月日	平成 31 年 2 月 22 日

2 利用者に対してサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	羽衣ヘルパーステーション
介護保険指定 事業所番号	2870908619
事業所所在地	663-8232 兵庫県西宮市羽衣町 2-7
連絡先 相談担当者名	TEL : 0798-32-3888 FAX : 0798-32-3885 羽衣ヘルパーステーション 管理者 糴 基子
事業所の通常の 事業の実施地域	西宮市
事業所開設日	令和 2 年 5 月 1 日

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	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、調理、洗濯、掃除等の家事援助を行うものとする。
運営の方針	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、調理、洗濯、掃除等の家事を行うことにより、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すものとする。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	営業日は月曜日から金曜日とする。ただし、祝日、12月30日から
-----	---------------------------------

	1月3日までを除く。
営業時間	営業時間は9:00~18:00までとする。

(4) 事業所の職員体制

管理者	管理者 糴 基子
-----	----------

職種	主な職務内容	人員数
管理者	従業員及び業務の実施状況の把握その他業務の管理を一元的に行うとともに、家事援助限定型訪問サービスの実施に関し、事業所の従業員に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行います	常勤1名
介護予防・生活支援員	家事援助限定型訪問サービスの提供に当たります。	常勤15名 非常勤2名
訪問事業責任者	<ul style="list-style-type: none"> ・利用の申込みに係る調整を行います。 ・利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握し、サービス担当者会議への出席、利用者に関する情報の共有等、地域包括支援センター等との連携に努めます。 ・介護予防・生活支援員に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達し、業務の実施状況を把握します。 ・介護予防・生活支援員の能力や希望を踏まえた業務管理、研修、技術指導その他サービス内容の管理について必要な業務等を実施します。 	常勤4名

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サービスの内容
買物	利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。
調理	利用者の食事の用意を行います。
掃除	利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。
洗濯	利用者の衣類等の洗濯を行います。

(2) 介護予防・生活支援員等の禁止行為

介護予防・生活支援員等はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

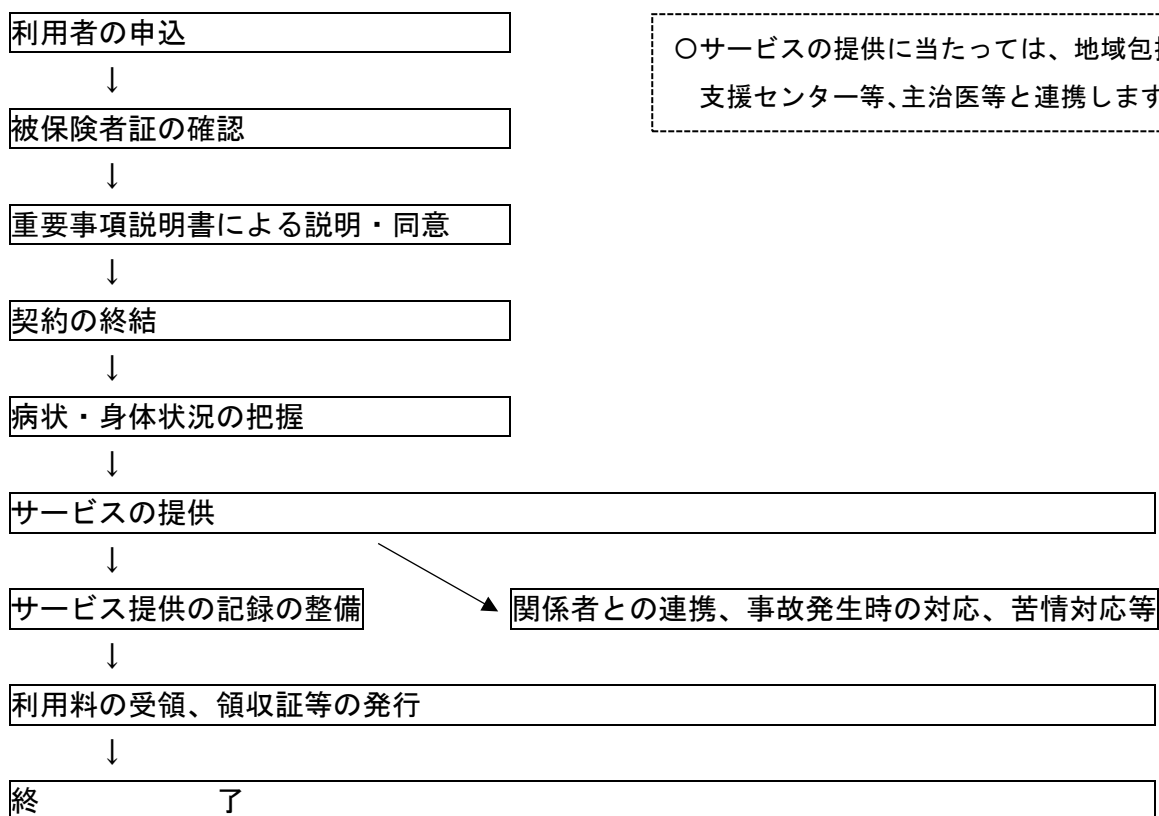
①医療行為

②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり

③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受

- ④利用者の同居家族に対するサービス提供
- ⑤利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供（大掃除、庭掃除など）
- ⑥利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑧その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) サービス提供の手順



(4) 提供するサービスの利用料、利用者負担額について（介護保険を適用する場合）

サービス提供区分	家事援助限定型訪問サービス費（Ⅰ） 週1回程度の利用が必要な場合		家事援助限定型訪問サービス費（Ⅱ） 週2回程度の利用が必要な場合		家事援助限定型訪問サービス費（Ⅲ） 週2回を超える利用が必要な場合	
	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
通常の場合 (月ごとの定額制)	10,364円 ／月	1,037円 ／月	20,707円 ／月	2,071円 ／月	32,840円 ／月	3,284円 ／月

※ 表中の金額は利用者負担が1割の場合の金額となります。利用者負担割合は介護保険負担割合証に記載された割合となります。

※ 「週〇回程度の利用が必要な場合」とは、週当たりのサービス提供の頻度による区分を示すものですが、提供月により月間のサービス提供日数が異なる場合であっても、利用料及び利用者負担額は変動せず定額となります。

※ 利用者の体調不良や状態の改善等により介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランに定めた提供区分よりも利用が少なかった場合、又は介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランに定めたサービス提供区分よりも多かった場合であっても、月の途中でのサービス提供区分の変更は行いません。なお、翌月のサービス提供区分については、利用者の新たな状態に応じた区分による介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランが作成され、サービス提供を行うこととなります。

※ 主に以下に該当する場合は、月ごとの定額制ではなく日割りで利用料を計算します。

- ・ 月途中で要介護から要支援に変更になった場合
- ・ 月途中で要支援から要介護に変更になった場合
- ・ 月途中で事業対象者から要支援（要介護）に変更になった場合
- ・ 同一市町村内で事業所を変更した場合
- ・ 月途中で契約を開始（解除）した場合

など

	加算	利用料	利用者負担額	算定回数等
要支援度等による区分なし	初 回 加 算	1,768 円	177 円	初回のみ
	介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 特定事業所加算Ⅱ	所定単位数の 137/1000 42/1000	左記の 1割	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数（所定単位数）に処遇改善加算率を乗じた単位数を算定
<p>※ 初回加算は地域包括支援センター等において、新規に介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランに指定家事援助限定型訪問サービスを位置付けた利用者に対して、初回に実施した指定家事援助限定型訪問サービスと同月内に、介護予防・生活支援員を兼務している訪問事業責任者が自ら指定家事援助限定型訪問サービスを行う場合、又は他の介護予防・生活支援員が指定家事援助限定型訪問サービスを行う際に訪問事業責任者が同行訪問した場合に加算します。</p> <p>※ 介護職員処遇改善加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。</p> <p>※ 表中の利用者負担額は利用者負担が 1 割の場合となります。</p>				

※ （利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に第 1 号事業支給費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

◇第 1 号事業支給費として不適切な事例への対応について

次に掲げるように、第 1 号事業支給費として適切な範囲を逸脱していると考えられるサービス提供を求められた場合は、サービス提供をお断りする場合があります。

①「直接本人の援助」に該当しない行為

主として家族の利便に供する行為又は家族が行うことが適当であると判断される行為

- ・ 利用者以外のものに係る洗濯、調理、買物、布団干し
- ・ 主として利用者が使用する居室以外の掃除

- ・ 来客の応接（お茶、食事の手配等）
- ・ 自家用車の洗車、掃除等

② 「日常生活の援助」に該当しない行為

訪問介護員が行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される行為

- ・ 草むしり
- ・ 花木の水やり
- ・ 犬の散歩等ペットの世話等

日常的に行われる家事の範囲を超える行為

- ・ 家具、電気器具等の移動、修繕、模様替え
- ・ 大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ
- ・ 室内外家屋の修理、ペンキ塗り
- ・ 植木の剪定等の園芸
- ・ 正月、節句等のために特別な手間をかけて行う調理等

4 その他の費用について

①交通費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費を請求いたします。
②サービス提供に当たり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用	利用者の別途負担となります。

5 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

①利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	<p>ア 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月10日までに利用者あてにお届け（郵送）します。</p>
②利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	<p>ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の25日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>（ア）事業者指定口座への振り込み （イ）利用者指定口座からの自動振替 （ウ）現金支払い</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。</p>

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から30日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6 担当する介護予防・生活支援員等の変更をご希望される場合の相談窓口について

利用者のご事情に	相談担当者氏名	管理者 糴 基子
----------	---------	----------

より、担当する介護予防・生活支援員等の変更を希望される場合は、右の相談担当者までご相談ください。	TEL	0798-32-3888
	FAX	0798-32-3885
	受付日及び受付時間	月曜日から金曜日の9:00~18:00。 ただし、祝日及び12月30日から1月3日を除く。

※ 担当する介護予防・生活支援員等の変更に関しては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

7 サービスの提供に当たって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間、事業対象者の該当の有無及び事業対象者の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。
- (2) 利用者が要支援認定又は事業対象者の該当の有無の判断を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントが利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、又は事業対象者の該当の有無の判断が事業対象者の有効期間が終了する前にはなされるよう必要な援助を行うものとしします。
- (3) サービス提供は「介護予防サービス計画又は介護予防ケアプラン」に基づいて行います。なお、「介護予防サービス計画又は介護予防ケアプラン」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- (4) 介護予防・生活支援員等に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業所が行います。実際の提供に当たっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

8 秘密の保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について	ア	事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び個人情報保護委員会・厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとしします。
	イ	事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
	ウ	また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
	エ	事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容としします。
	ア	事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス
②個人情報の保護について	ア	事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス

て	<p>担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>イ 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>ウ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>
---	--

9 緊急時の対応について

サービス提供中に、利用者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、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

主治医名	
所属医療機関名	
所在地	
電話番号	
家族等連絡先	

10 事故発生時の対応について

利用者に対する指定家事援助限定型訪問サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る地域包括支援センター等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定予防専門型訪問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。なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	損保ジャパン日本興亜株式会社
補償の概要	介護事業者福祉事業者向け賠償責任保険

11 身分証携行義務

介護予防・生活支援員等は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

12 サービス提供の記録

- (1) 指定家事援助限定型訪問サービスの実施ごとに、そのサービスの提供日、内容及び利用料等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。
- (2) 事業者は、利用者の予防専門型訪問サービスの実施状況等に関する記録を整備し、その完了の日から5年間保存します。
- (3) 利用者及びその家族は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の

交付を請求することができます。ただし、この閲覧及び謄写は、事業者の業務に支障のない時間に行うこととします。

13 指定家事援助限定型訪問サービス内容の見積もりについて

○ このサービス内容の見積もりは、あなたの介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランに沿って事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

(1) 訪問事業責任者

氏名 糯 基子 (連絡先：0798-32-3888)

(2) 提供予定の指定予防専門型訪問サービスの内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

曜日	訪問時間帯	サービス内容	介護保険適用の有無	利用料(月額)	利用者負担額
月				円	円
火					
水					
木					
金					
土					
日					

(3) その他の費用

① 交通費の有無	サービス提供実施地域以外の地域に訪問・出張する場合には実施地域をこえてから、発生する実費相当の交通費が必要となります。
② サービス提供に当たり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用	重要事項説明書 4-②記載のとおりです。

14 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

- ① 提供した指定予防専門型訪問サービスに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)
- ② 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。
 - ・ 苦情または相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するために必要に応じ訪問を実施し状況の聞き取りや事情の確認を行います。
 - ・ 管理者は訪問介護員に事実確認を行います。
 - ・ 相談担当者は、把握した状況をスタッフとともに検討をし、今後の対応を決定します。
 - ・ 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行います。(時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡を行います。)

(2) 苦情申立の窓口

当事業所の、提供したサービスに苦情相談の申し立て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。

○当事業所の苦情相談窓口

羽衣ヘルパーステーション 苦情相談窓口：糴 基子	所在地：兵庫県西宮市羽衣町 2-7 TEL：0798-32-3888 FAX：0798-32-3885 受付時間は月曜日から金曜日の9：00～18：00。ただし、祝日、12月30日～1月3日を除く。
-----------------------------	---

○外部機関苦情相談窓口

西宮市役所 法人指導課	所在地：兵庫県西宮市六湛寺町 10-3 TEL：0798-35-3082 FAX：0798-34-5465 受付時間は月曜から金曜日の9：00～17：30。ただし、祝日、12月30日～1月3日を除く。
-------------	--

15 重要事項説明書の内容変更について

重要事項説明書の内容に変更が生じた場合は、郵送あるいは口頭での説明によって、利用者に変更内容を通知したうえで、当該変更内容について利用者に同意確認を行います。

16 第三者評価の実施状況

現在実施しておりません

17 重要事項説明の年月日

上記内容について、西宮市指定予防専門型訪問サービス及び指定家事援助通所サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定予防専門型訪問サービス及び指定家事援助通所サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める要綱の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

重要事項説明書の説明年月日	令和	年	月	日
重要事項を説明した場所				

事業者	所在地	兵庫県西宮市羽衣町 2-7		
	法人名	株式会社ベビーリーフ		
	代表者名	代表取締役	前野 建吾	印
	事業所名	羽衣ヘルパーステーション		
	説明者氏名	印		

事業者から上記内容の説明を確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	印
代理人	住所	
	氏名	印

家事援助限定型訪問サービス利用契約書

利用者_____（以下「甲」という。）と事業者 株式会社ベビーリーフ（以下「乙」という。）とは、家事援助限定型訪問サービスの利用に関して次のとおり契約を結びます。

（目的）

第1条 乙は、介護保険法等の関係法令及び「西宮市指定家事援助限定型訪問サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定家事援助限定型訪問サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める要綱」（以下「西宮市要綱」という。）並びにこの契約書に従い、甲がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、家事援助限定型訪問サービスを提供します。

2 乙は、家事援助限定型訪問サービスの提供にあたっては、甲の要支援等状態区分及び甲の被保険者証に記載された認定審査会意見に従います。

（契約期間）

第2条 この契約書の契約期間は、令和_____年_____月_____日から令和_____年_____月_____日までとします。但し、甲が要支援認定を受けている場合、上記の契約期間の満了日前に、甲が要支援状態区分の変更の認定を受け、要支援認定有効期間の満了日が更新された際には、変更後の要支援認定有効期間の満了日までとします。甲が事業対象者の場合、上記の契約期間の満了日前に、甲が要支援状態区分の認定を受けた場合には、その要支援認定有効期間の満了日までとします。

2 前項の契約期間の満了日の7日前までに甲から更新拒絶の意思表示がない場合は、この契約は同一の内容で自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとします。

3 本契約が自動更新されたとき、更新後の契約期間は、甲が要支援者の場合は、更新前の契約期間の満了日の翌日から更新後の要支援認定有効期間の満了日までとします。甲が事業対象者の場合は、更新前の契約期間の満了日の翌日から更新後の事業対象者の有効期間の満了日までとします。

（運営規程の概要）

第3条 乙が設置する家事援助限定型訪問サービス事業所の運営規程の概要（事業の目的、職員の体制、家事援助限定型訪問サービスの内容等）は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

（担当の介護予防・生活支援員）

第4条 乙は、甲のため、担当の介護予防・生活支援員を定め、甲に対して家事援助限定型訪問サービスを提供します。

2 乙は、担当の介護予防・生活支援員を選任し、又は変更する場合には、甲の状況とその意向に配慮して行います。

3 甲は、乙に対し、いつでも担当の介護予防・生活支援員の変更を申し出ることができます。

4 乙は、前項の申出があった場合、第1条に規定する家事援助限定型訪問サービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、甲の希望に添うように担当の介護予防・生活支援員を変更します。

(家事援助限定型訪問サービスの内容及びその提供)

第5条 乙は、担当の介護予防・生活支援員を派遣し、介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランに沿って、重要事項説明書に記載した内容の家事援助限定型訪問サービスを提供します。

2 乙は、甲に対して家事援助限定型訪問サービスを提供するごとに、当該サービスの提供日及び内容、介護保険から支払われる報酬等の必要事項を、甲が依頼する地域包括支援センター等が作成する所定の書面又はこれに準ずる書面に記載し、甲の確認を受けることとします。

3 乙は、甲の家事援助限定型訪問サービスの実施状況等に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。

4 甲及びその家族は、必要がある場合は、乙に対し前項の記録の閲覧及び自費による謄写を求めることができます。ただし、この閲覧及び謄写は、乙の業務に支障のない時間に行うこととします。

5 乙は、介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランが作成される前であっても、緊急に必要な場合には、家事援助限定型訪問サービスを提供します。

(地域包括支援センター等との連携)

第6条 乙は、甲に対して家事援助限定型訪問サービスを提供するにあたり、甲が依頼する地域包括支援センター等又はその他保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

(協力義務)

第7条 甲は、乙が甲のため家事援助限定型訪問サービスを提供するにあたり、可能な限り乙に協力しなければなりません。

(苦情対応)

第8条 乙は、苦情対応の責任者及びその連絡先を明らかにし、乙が提供した家事援助限定型訪問サービスについて甲又はその家族から苦情の申立てがある場合は、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

2 乙は、甲又はその家族が苦情申し立て等を行ったことを理由として、甲に対し不利益な取扱いをすることはできません。

(緊急時の対応)

第9条 乙は、現に家事援助限定型訪問サービスの提供を行っているときに甲に容態の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医に連絡を取るなど必要な対応を講じます。

(費用)

第10条 乙が提供する家事援助限定型訪問サービスの利用単位毎の利用料その他の費用は、別紙重要事項説明書に記載したとおりです。

2 甲は、サービスの対価として、前項の費用の額をもとに月ごとに算定された利用者負担額を乙に支払います。

3 乙は、提供する家事援助限定型訪問サービスのうち、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金を説明し、甲の同意を得ます。

4 乙は、乙の通常の事業の実施地域以外にある甲の居宅を訪問して家事援助限定型訪問サービス

を行う場合には、前二項に定める費用のほか、それに要した運営規程に定める交通費の支払いを甲に請求することができます。

5 乙は、前項に定める費用の額にかかるサービスの提供にあたっては、あらかじめ甲に対し、当該サービス内容及び費用について説明を行い、甲の同意を得なければなりません。

6 乙は、家事援助限定型訪問サービスの利用単位毎の利用料及びその他の費用の額が変更となる場合は、1カ月前までに甲に対し文書により通知し、変更の申し出を行います。

7 乙は、甲が要支援認定を受ける前に家事援助限定型訪問サービスを提供する場合には、認定後に提供するサービスを見直したうえで、契約継続の意思確認を行います。この際に、認定された結果に応じて、利用料の一部又は全額が甲の負担となります。

8 乙は、第6項に定める料金の変更を行う場合には、新たな料金に基づく別紙重要事項説明書及び契約書を添付した利用サービス変更合意書を交わします。

(利用者負担額の滞納)

第11条 甲が正当な理由なく利用者負担額を2月以上滞納した場合は、乙は、30日以上の期間を定めて、利用者負担額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。

2 前項の催告をしたときは、乙は、甲の介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランを作成した地域包括支援センター等と、甲の日常生活を維持する見地から当該計画の変更、介護保険外の公的サービスの利用について必要な協議を行うものとします。

3 乙は、前項に定める協議を行い、かつ甲が第1項に定める期間内に滞納額の支払いを行わなかったときは、この契約を文書により解除することができます。

4 乙は、前項の規定により解除に至るまでは、滞納を理由として家事援助限定型訪問サービスの提供を拒むことはありません。

(秘密保持)

第12条 乙は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た甲又はその家族の秘密を漏らしません。

2 乙及びその従業員は、サービス担当者会議等において、甲又はその家族に関する個人情報を用いる必要がある場合には、甲又はその家族に使用目的等を説明し、文書により同意を得なければ、使用することができません。

(甲の解除権)

第13条 甲は、7日間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解除することができます。

(乙の解除権)

第14条 乙は、甲が法令違反又はサービス提供を阻害する行為をなし、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、このサービス利用契約の目的を達することが困難になったときは、30日間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができます。

2 乙は、前項によりこの契約を解除しようとする場合は、前もって甲の介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランを作成した地域包括支援センター等や公的機関等と協議し、必要な援助を行います。

(契約の終了)

第15条 次に掲げる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。一 甲が、要支援認定を受けられなかったとき、又は事業対象者に該当しなかったとき

二 第2条1項及び2項により、契約期間満了日の7日前までに甲から更新拒絶の申し出があり、かつ契約期間が満了したとき。

三 第13条に基づき、甲が契約を解除したとき

四 第14条又は第11条3項に基づき、乙が契約を解除したとき

五 甲が、介護保険施設や医療施設等へ入所又は入院等をしたとき

六 甲が、死亡したとき

(損害賠償)

第16条 乙は、家事援助限定型訪問サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに甲の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

2 前項において、乙の責めに帰すべき事由により甲又はその家族の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、乙は速やかにその損害を賠償します。

(利用者代理人)

第17条 甲は、代理人を選任してこの契約を締結させることができ、また、契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせることができます。

2 甲の代理人選任に際して必要がある場合は、乙は成年後見制度や福祉サービス利用援助事業の内容を説明するものとします。

(合意管轄)

第18条 この契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、利用者の住所地を管轄する地方裁判所を管轄裁判所とすることに合意します。

(協議事項)

第19条 この契約に定めのない事項については、介護保険法等の関係法令及び西宮市要綱の規定に従い、甲乙の協議により定めます。

この契約の成立を証するため本書2通を作成し、甲乙各署名押印して1通ずつを保有します。

令和 年 月 日

利用者(甲) 住所

氏名

印

代理人 (選任した場合) 住所

氏名

印

事業者(乙) 住所

事業者 (法人) 名

株式会社ベビーリーフ

事業所名

羽衣ヘルパーステーション

(事業所番号)

(2870908619)

代表者名

前野 建吾

印

個人情報利用に関する同意書

当事業所の事業者、サービス従事者は家事援助限定型訪問サービスを提供する上で知り得た契約者様及びその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。

正当な理由とは、サービス担当者会議等、他の福祉サービス事業者との処遇に関する会議や必要な情報提供によります。

1 個人情報の保管・管理方法について

- ・ 各ご利用者別にファイルします。
- ・ 個人情報は事業所の施錠付き保管場所にて保管・管理いたします。
- ・ 保管場所施錠は、当事業所営業日・時間以外は施錠し当事業所管理者が鍵を保管いたします。
- ・ 個人情報カルテは、当事業所外へは持ち出しません。
- ・ 個人情報は、内容記載・事務処理上保管場所より出しますが、記載・処理が済み次第保管場所へ速やかに戻し保管・管理いたします。

2 『個人情報』保管・管理責任者について

- ・ 当事業所管理者がやむをえず変更となった場合、『個人情報』保管・管理責任者も変更といたします。

3 個人情報の利用範囲について

- ・ 当事業所ご利用にあたり事業所・事業所職員が知り得た個人情報は、各関係法令等の規定に基づき、正当な理由なく知り得た情報を漏らしません。
- ・ 当事業所で知り得た個人情報は、訪問介護計画作成・修正・サービス担当者会議等において利用者の個人情報をを用いる必要がある場合、サービスの円滑な提供に必要な範囲で利用いたします。

4 個人情報の開示について

当事業者では、ご利用者様の個人情報について利用者様が開示を求められた場合には、遅滞なく、内容を確認し、当事業者の関係規程にしたがって対応させていただきます。また、内容が事実ではない等の理由で訂正を求められた場合、個人情報の利用の停止を求められた場合につきましても、調査の上適切に対応させていただきます。

5 個人情報の取扱いに関して利用者等からの相談や苦情への対応等を行う窓口担当者について

苦情・相談窓口担当責任者	管理者 糴 基子
住 所	兵庫県西宮市羽衣町 2-7
電 話 番 号	0798-32-3888
受 付 時 間	月～金曜日 但し、祝祭日及び年末・年始（12月30日から1月3日）を除く当事業所営業日の9：00～18：00

上記について説明を行いました。

令和 年 月 日

羽衣ヘルパーステーション

説明者 氏名 _____ (印)

上記について事業者から説明を受け、個人情報の利用について同意しました。

ご利用者様 氏名 _____ (印)

ご家族様 氏名 _____ (印)