

介護保険外(自費)サービス

利用契約書

社会福祉法人 福角会

福角会ホームヘルプサービス事業所

【介護保険外（自費）サービス契約書】

福角会ホームヘルプサービス事業所（以下「事業者」といいます。）と利用者（以下「利用者」といいます。）は、事業者が利用者に対して提供する介護保険外（自費）サービス（以下「自費サービス」といいます。）について、次のとおり契約します。

(契約の目的)

第1条 事業者は利用者に対して、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、利用者の希望に応じて、介護保険に該当しないサービスや緊急やむをえない状況等において、自費サービスを提供することを目的とします。

(契約期間)

第2条 この契約の契約期間は、令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日までとします。

ただし、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は、本契約は自動更新されるものとします。

(自費サービスの内容と料金等)

第3条 事業者が利用者に対して行う自費サービスにおいて、提供できるサービスと料金等は次のとおりです。

(1) 自費サービス内容

○身体介護（要介護）

- ① 見守り支援（ご自宅に伺いご様子確認や見守り、冠婚葬祭時の見守りなど）
- ② 通院付き添い（公共交通機関を使用し、通院の付き添いや薬の受け取り）
- ③ 入退院支援（入退院時の準備や付き添い、入院中の見守り）

○生活援助（要介護・要支援）

- ① 見守り支援（ご自宅に伺いご様子確認や見守り、冠婚葬祭時の見守りなど）
- ② 通院付き添い（公共交通機関を使用し、通院の付き添いや薬の受け取り）
- ③ 入退院支援（入退院時の準備や付き添い、入院中の見守り）
- ④ 外出の支援

○その他、緊急やむを得ない場合の対応等

- ① 救急対応（救急車への同乗、病院での対応）
- ② 急な体調不良時の対応（訪問中の体調不良時の対応など）
- ③ 安否確認（持病や体調不良等による自宅内での安否不明の確認）

(2) 利用料金（利用者負担額）

15分当たり	500円
30分当たり	1000円
45分当たり	1500円
1時間当たり	2000円

※1時間以上の場合は15分ごとに500円を追加でご負担いただきます。

(3) その他、自費サービス利用にかかる実費負担額

- ①自費サービス実施地域外へ従業者がお伺いした場合、事業所から片道1km毎に50円の交通費をご負担いただきます。
- ②自費サービス実施中の交通費（通院、買い物等の際に公共交通機関を使用した場合）を実費負担いただきます。
- ③自費サービス実施中の公共施設の利用料を実費負担いただきます。

(自費サービスの提供方法)

第4条 事業者が提供する自費サービスの内容、利用回数、利用料については、記録票に記載しま

す。

2 利用者は、事前の申し出により、自費サービスの内容を変更することができます。

3 事業者は、自費サービス提供記録を作成することとし、この契約の終了後5年間保管します。

(自費サービスの内容の変更)

第5条 事業者が提供する自費サービスの内容の変更については以下のとおりです。

(1) 利用者は、利用期日前に自費サービスの利用を中止することができます。この場合にはサービス実施日前日の午後5時までに事業者に出すものとします。

(2) 利用者が前日の午後5時以降に利用の中止を申し出た場合は、所定のキャンセル料を事業者に出すものとします。

(3) 事業者は、利用者からの自費サービス利用の変更等の申し出があった場合、可能な限り、その変更を受け入れるように努めます。

(自費サービス提供の記録)

第6条 事業者は、自費サービスの実施ごとにサービス内容等を記録票に記入し、自費サービス終了時に利用者の確認を受けることとします。

(料金の支払い)

第7条 料金は1か月ごとに計算し、ご請求の上、翌々月10日に予め指定して頂いた銀行口座(伊予銀行または愛媛銀行)より自動引き落としされます。(1か月に満たない期間の自費サービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。)

(キャンセル料)

第8条 キャンセル料金については、下記の料金のとおりです。但し、利用者本人の体調不良等やむをえない場合の事情等は考慮致しますが、ヘルパーが既に出発していた場合は下記料金表の通りいただきます。

利用予定日の前日17時までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日17時までに申し出がなかった場合	ヘルパー時給相当額 (1時間分)

(契約の終了)

第9条 利用者およびその家族は事業者に対して、1週間の予告期間において申し出ることにより、この契約を解約することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。

2 事業者は、やむを得ない事情がある場合、利用者およびその家族に対して、1ヶ月間の予告期間において理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

3 次の事由に該当した場合は、利用者およびその家族は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

① 利用者のサービス利用料金の支払が2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず30日以内に支払われない場合

② 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合

③ 事業者が守秘義務に反した場合

④ 事業者が利用者やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

4 次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

① 利用者が介護保険施設に入所した場合

② 利用者が死亡した場合

(相談・苦情)

第10条 事業者は、利用者およびそのご家族からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、自費サービスに関する利用者およびそのご家族の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。

苦情等対応窓口：福角会ホームヘルプサービス事業所 電話番号 089-978-7778
受付時間等：月～金曜日（祝日除く）、午前9時から午後5時まで

（個人情報の使用等及び守秘義務）

第11条 事業者は、利用者の個人情報の利用目的等において、別途「個人情報利用同意書」に定め、利用者の同意のもと使用するものとします。

2 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏らさないものとします。又、事業者は、事業者の従業者に対して、同様の義務を負わせるものとします。この守秘義務は従業者退職後、及び、本契約終了後も同様とします。

（緊急時の対応）

第12条 事業者は、現に自費サービスの提供を行っているときにご利用者の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または家族に連絡を取る等必要な措置を講じます。

（身分証携行義務）

第13条 サービス従業者は、常に身分証を携行し、初回訪問時および利用者また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。

（協議義務）

第14条 利用者およびその家族は、事業者が自費サービスを提供するにあたり、可能な限り事業者に協力していただきます。

（損害賠償）

第15条 事業者は、自費サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

2 前項の場合において、利用者の重過失によって当該事故が発生した場合は、事業者が負う損害賠償額は減額されます。

① 利用者又はそのご家族様が契約締結時に疾患及び、身体等の重要事項について故意にこれを告げず、又は、不実の告知を行なったことに起因して利用者、又は、そのご家族様に損害が発生した場合

② 利用者又はそのご家族様がサービス提供のために必要な事項に関する聴取及び、確認に対して、故意にこれを告げず又は、不実の告知を行なったことに起因して利用者又はそのご家族様に損害が発生した場合

③ 利用者の身体上の素因による急激な体調の変化、その他事業者の提供したサービスを原因しない事由により利用者に損害が発生した場合

④ 利用者の金銭その他の財産が事業者の責めに帰すべからざる事由により紛失した場合

⑤ 利用者が必要なサービス提供のために、利用者又はそのご家族の所有物品を通常の使用法により使用したにもかかわらず、当該物品が耐用年数の超過その他の理由により破損した場合

⑥ 上記に準じる場合

（本契約に定めのない事項）

第16条 利用者および事業者は信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。

（1）サービス提供時間が6時間を超える場合や通常食事をする時間帯においては、利用者の配慮の範囲で休憩（サービス提供時間から除外）をいただきます。

（2）医療行為は一切いたしません。

（3）事業者は、利用者のプライバシーを守秘し、事業者および利用者双方とも、業務を契機とする宗教活動、および政治活動をしてはならないこととします。

（4）サービス従事者に対する贈り物や飲食物などのもてなしはお断りいたします。

（5）自然災害、事故等の理由で、業務を遂行できないことがあります。

2 本契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

(裁判管轄)

第17条 この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者と事業者は、事業者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることに予め合意します。

上記の契約の成立を証するために、この契約書2通を作成し、利用者及び事業者が署名押印の上各自通を所持します。

契約締結日 令和 年 月 日

介護保険適用外サービスの提供開始にあたり、本契約書に基づいて契約書の説明を行いました。

<事業者> 所在地 愛媛県松山市福角町甲1829番地
事業者名 福角会ホームヘルプサービス事業所
理事長 芳野道子 印

<説明者> 事業所名 福角会ホームヘルプサービス事業所
担当者名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業所から介護保険外（自費）サービスについて契約書の説明および当該契約書の交付を受け、その内容について同意しました。本契約書2通を作成し、利用者と事業者が1通ずつ保有するものとします。

<利用者> 住 所 _____
氏 名 _____ 印

<代理人> 住 所 _____
氏 名 _____ 印 (本人との関係)