

利用契約書

【（介護予防）小規模多機能型居宅介護事業】

小規模多機能ホームひかり

社会福祉法人さんよう

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護事業 利用契約書

様 (以下、「甲」と言います) と小規模多機能ホームひかり (以下、「乙」と言います) は、事業所が利用者様に対して行う (介護予防) 小規模多機能型居宅介護サービス (以下、「サービス」と言います) について、次のとおり契約します。

(契約の目的)

第1条 乙は、介護保険法等関係法令及びこの契約書に従い、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、サービスを提供します。

乙は、サービス提供にあたっては、甲の要支援状態区分・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。

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「重要事項説明書」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。

但し、契約期間満了日以前に甲が要支援状態区分・要介護状態区分の変更の認定を受け、介護認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の介護認定有効期間満了日までとします。

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が必要な援助を行います。

(サービス内容の変更)

第4条 乙が提供するサービスのうち、甲が利用するサービスの内容、利用料及び 介護保険法適用の有無については、別紙重要事項説明書の通りです。

甲は、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。

乙は、甲からの申し出があった場合、第1条に規定する居宅介護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日以上予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了7日に契約は解除されます。

(甲の解除権)

第7条 甲は、以下の場合には、直ちにこの契約を解除できます。

- 一 乙が、正当な理由なく、本契約に定めるサービスを提供せず、甲の請求にもかかわらず、これを提供しようとしなない場合。
- 二 乙が、第12条に定める守秘義務に違反した場合。
- 三 乙が、甲の身体・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とき。

(乙の解除権)

第8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、この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。

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等に連絡を取り、必要な措置を講じます。

(利用料の滞納)

第9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2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。

乙は、前項の催告をした場合には、担当の介護支援専門員、甲が住所を有する市町等と連絡を取り、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。

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10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 甲の要介護状態区分が、非該当とされた場合。

(損害賠償)

第11条 乙は、甲に対する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。

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12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。

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。

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ぬ。

(苦情処理)

第13条 甲又は甲の家族は、提供された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 小規模多機能ホーム ひかり

電 話 084-961-3475

FAX 084-961-3484

乙は、甲に提供したサービスについて、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。

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。

(サービス内容等の記録作成・保存)

第14条 乙は、甲に対してサービスを提供するごとに、当該サービスの提供日、内容及び介護保険から支払われ報酬等の必要事項を、所定の書面に記載します。

乙は、一定期間ごとに、目標達成の状況等を記載した記録を作成して、甲に説明のうえ提出します。

乙は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結日から2年間保存します。

甲は、乙に対し、いつでも第1項、第2項に規定する書面その他のサービスの提供に関する記録の閲覧・謄写を求めることができます。

ただし、謄写に際しては、乙は甲に対して、実費相当額を請求できるものとします。

(契約外条項)

第15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。

重要事項説明書

1. 事業所・運営法人の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	小規模多機能ホームひかり 保険事業者指定番号 3491502468 開設年月日 2023年(令和5年)9月1日	
所在地	〒720-0815 広島県福山市草戸町3丁目6番1号 TEL 084-961-3475 FAX 084-961-3484	
管理者	三谷 典子 (ミタニ ノリコ)	
居室・設備の種類	室数	備考
洋室	全室個室 8室	エアコン・チェスト他 設置
トイレ	3か所	車いす用トイレ
浴室	1か所	個浴
共有スペース(食堂込)	1室	74.35㎡

■ 法人本部

法人名	社会福祉法人さんよう
所在地	〒720-0831 広島県福山市草戸町5丁目8番24号
法人代表	理事長 辰川 和美
電話番号	084-973-9911
理念	地域の皆様に、安心と安全をお届けするために最善を尽くします

2. 利用の条件について

利用の条件は以下の2つです。

- ① 要支援、要介護の認定を受けた方。
- ② 福山市内に居住されている方。(福山市日常生活圏域中央2または隣接生活圏域)

3. 登録定員

29名以下(通いサービス定員 18名以下 ・ 宿泊サービス定員 8名以下)

4. サービスの内容について

通いサービス

- ・サービスの提供時間は、10:00～16:00 です。(365日)
- ・(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画に従って提供します。
- ・体験利用が出来ます。(1日) *食材料費 600円は必要になります。

食材料費	<input type="checkbox"/>	600円/食です。
おむつ代(テープ止め)	<input type="checkbox"/>	M:1,950円/袋、L:2,150円/袋
おむつ代(リハビリパンツ)	<input type="checkbox"/>	S:1,350円/袋、M:1,300円/袋 L-LL:1,300円/袋、
尿取りパット	<input type="checkbox"/>	430円/袋
尿取りパット(ワイドロング)	<input type="checkbox"/>	1,560円/袋
処置材料費	<input type="checkbox"/>	50円/回

訪問サービス

- ・サービスの提供時間は、24時間です。別紙サービス計画(ケアプラン)に従って提供します。

※ 訪問サービスでは

- ・医療行為を行うことはできません。
- ・各種支払や年金等の管理、金銭の貸借など、金銭を取扱うことはできません。
- ・利用者のための家事・介護を行う業務のため、庭の草刈りや他の家族の食事の用意などを行うことはできません。

泊まりサービス

- ・サービスの提供時間は、16:00～翌10:00です。(365日)
- ・別紙サービス計画に従って提供します。なお、長期にわたる泊まりサービスを希望される場合、他の利用者の希望をふまえて期間を調整させていただく場合があります。

共 通 サ ー ビ ス 内 容

種 類	内 容
食 事	栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。食材料費は給付対象外となります。
排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。 ・ おむつを使用する方に対しては、必要な場合に応じて交換を行います。
入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入浴または清拭を行います。
着替え等の介助	<ul style="list-style-type: none"> ・ 寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。 ・ 生活のリズムを考えて、着替えを行うよう配慮します。 ・ 個人としての尊厳に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ・ シーツ交換は週1回実施します。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 常に利用者の健康の状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置をとります。緊急等必要な場合には、主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。 ・ 利用者が外部の医療機関に通院する場合は、その介添えについてできるだけ配慮します。
相談及び援助	当施設は、利用者及びそのご家族からのいかなる相談についても、誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。
機能訓練	介護職員、看護職員による利用者の状況に適合した機能訓練(生活リハビリ)を行い、生活機能の維持・改善に努めます。

- ① サービスの提供に当たっては、利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は、懇切丁寧にいき、分かりやすいように説明します。もし分からないことがあったら、いつでも職員にご遠慮なく質問してください。
- ③ サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全、衛生に常に注意します。特に利用者の身体に接触する設備・器具については、サービスの提供ごとに消毒したものを用います。

(2) 毎月の費用について

「小規模多機能ホームひかり」では、以下の費用が毎月かかります。

1. 小規模多機能型居宅介護費及び実費

部 屋 代	2,500円/1日あたり *①				
食材料費	朝食250円/食 昼食600円/食 夕食550円/食 *②				
介護保険	負担割合	1割負担 *③	2割負担 *③	3割負担 *③	
	介護度	1月あたり	1月あたり	1月あたり	
	要支援1	3,450円	6,900円	10,350円	
	要支援2	6,972円	13,944円	20,916円	
	要介護1	10,458円	20,916円	31,374円	
	要介護2	15,370円	30,740円	46,110円	
	要介護3	22,359円	44,718円	67,077円	
	要介護4	24,677円	49,354円	74,031円	
	要介護5	27,209円	54,418円	81,627円	
	初期加算 (利用開始から30日間)	1日	30単位/日		
	認知症加算 (I)	1月	920単位/月		
	認知症加算 (II)	1月	890単位/月		
	認知症加算 (III)	1月	760単位/月		
	認知症加算 (IV)	1月	460単位/月		
	若年性認知症 (I)	1月	800単位/月		
	若年性認知症 (II)	1月	450単位/月		
	看護職員配置加算 (I)	1月	900単位/月		
	看護職員配置加算 (II)	1月	700単位/月		
	訪問体制強化加算	1月	1,000単位/月		
	介護職員等処遇改善加算 (II)	サービス単位146/1000に相当する数			
	総合マネジメント体制強化 (I)	1月	1,200単位/月		
	総合マネジメント体制強化 (II)	1月	800単位/月		
	科学的介護推進体制加算 (I)	1月	40単位/月		

	口腔・栄養スクーリング加算	1月	20単位/回
	サービス提供体制加算（Ⅰ）	1月	750単位/月
	サービス提供体制加算（Ⅱ）	1月	640単位/月
	サービス提供体制加算（Ⅲ）	1月	350単位/月

洗濯サービス利用費	利用される場合のみの請求	1回	400円
電気代	別途持ち込みの場合(テレビ 他)	1ヵ月	2,000円/月

*①の費用は「泊まりサービス」のご利用の回数に応じてかかります。

*②の費用は召し上がった食数に応じてかかります。

*③の費用は月途中からのご利用場合は日割り計算となります。

(日割り計算の起算日は、契約日ではなく、サービスを受ける初日です。また日割り計算の最終日は、解約日ではなく、サービスを受けた最終日となります。)

*③の費用は「介護保険負担割合証」の利用者負担の割合に応じての請求となります。

キャンセル料

通り、泊まりサービスをキャンセルされた場合には、以下の通りのキャンセル料を頂きます。

- ・ サービス前日までのキャンセル：食材料費無料

(但し、前日15時まで。日曜・月曜のキャンセルに関しては、土曜の12時まで)

- ・ サービス当日以降のキャンセル：朝食250円 昼食600円 夕食550円

5. 費用の支払い方法

お支払方法は、月末締め、翌月末日、郵便局口座引き落としでのお支払いとなります。上記利用者様負担金は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。毎月の利用料の請求は、翌月20日までに請求書を送付いたします。

6. 泊まりサービスに必要な備品等について

(1) 事業者側で用意している備品

居室のエアコン、カーテン、介護ベッド、共用部分の備品類、リネン(実費が必要となります)

(2) 利用者側（家族）でご用意頂く物

- ① 個室内で使用する家電製品（電気・石油ストーブなどか火気類のお持込は出来ません）
- ② 衣類等の身の回りの品々
- ③ 個室内で使用する日用品、消耗品（ティッシュペーパー等）

7. 家族の面会について

時間の制限や制約はありません。但し、早朝や夜の遅い時間帯は、外部からの侵入等安全管理の為、正面入口を施錠しますので、電話等の連絡をお願い致します。

8. 金銭管理等について

毎月かかる費用に含まれていない金銭の発生時の為に、事業所側で一万円程度の小額な金銭管理を行っております。

(1) 毎月の費用に含まれない発生が予想される項目

診察代、薬代、食料代金、個人の嗜好品購入代等

(2) 管理方法について

① 同意書を取ります。

② 預かり金台帳をご利用者様ごとに整備します。

③ 領収証やレシートを保管します。

④ ご家族の訪門時等に、台帳及び領収証等の確認をして頂きます。

8. 協力医療機関について

医療機関名	所在地	主な診療科目
山陽病院	広島県福山市野上町2丁目8番2号 TEL 084-923-1133	内科 外科 泌尿器科 整形外科

9. 緊急時連絡先について

利用者の病状の急変やその他必要な場合には、下記に記載の主治医（かかりつけ医）ならびにご家族の方に直ちに連絡し、必要な措置を講じます。

(主治医)

病院名	主治医名	電話番号

(緊急時連絡先)

氏名	続柄	住所	電話番号

10. お願い

サービスをご利用される前、または当日に以下の書類等をご用意下さい。

- ① 介護保険被保険者証（本証またはコピー）
- ② 介護保険負担割合証（本証またはコピー）
- ③ 後期高齢者医療保険受給者証（本証またはコピー）
- ④ 健康保険証（本証またはコピー）
- ⑤ その他必要な書類

1 1. 苦情相談機関

事業所苦情相談窓口	担当者氏名：小規模多機能ホームひかり 管理者 三谷 典子（時間 8：30～17：30） TEL 084-961-3475
外部苦情申立機関 （所在地） （連絡先電話番号）	機関名：広島県国民健康保険団体連合会 広島県広島市中区富士見町11-6 TEL 082-554-0783 福山市介護保険課（保険者） 広島県福山市東桜町3番5号 TEL 084-928-1166 福山市高齢者支援課（保険者） 広島県福山市東桜町3番5号 TEL 084-928-1189

1 2. 事故と損害賠償について

利用者が入居された後、万が一の事故発生に備えて下記の保険に加入しています。

損害賠償責任保険加入先	三井住友海上火災保険株式会社
-------------	----------------

- (1) 事業者は、サービスの提供によって事故が生じた場合には、速やかに市町・利用者の家族に連絡して必要な借置を講じます。
- (2) 事業者は、サービスを提供するにあたって、事業者の責任と認められる事由によって利用者に損害を与えた場合には、速やかに利用者の損害を賠償します。

1 3. 職員体制（主たる職員）

管理者	1名	常勤	（兼務 介護職員）	
介護支援専門員	1名	非常勤		
看護職員	1名	常勤	1名	
介護従事者	10名	常勤	9名	（兼務1名） 非常勤2名

1 4. 勤務体制

昼間の体制	日勤	8：30～17：30
夜間の体制	夜勤	17：00～翌10：00

事業所 小規模多機能ホーム ひかり
所在地 広島県福山市草戸町3丁目6番1号
説明者氏名 _____

私は、本書面に基づいて契約書、重要事項の説明を受けた事を確認の上同意いたします。

令和_____年_____月_____日

利用者

住所 _____

氏名 _____

代理人

住所 _____

電話番号 _____

氏名 _____ (続柄) _____

家族代表

住所 _____

電話番号 _____

氏名 _____ (続柄) _____

個人情報使用同意書

私（利用者またはその代理人）は、私の個人情報について次に記載する必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1 使用する目的

- （1）利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員とサービス事業者との連絡調整において必要な場合。
- （2）介護保険サービスの利用のための、市町、包括支援センター、居宅介護新事業所その他の介護保険事業者等への情報提供、あるいは適切な在宅療法のための医療機関等への療養情報の提供。

2 使用する事業者の範囲

サービスを提供する各事業所、介護支援専門員（ケアマネージャー）、関係医療機関、市町等。

3 使用する期間

本契約の有効期間とする。

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。

令和_____年_____月_____日

事業者 小規模多機能ホーム ひかり

利用者

住 所 _____

氏 名 _____

代理人

住 所 _____

氏 名 _____（続柄）_____

家族代表

住 所 _____

氏 名 _____（続柄）_____

