

「指定短期入所生活介護（予防短期入所生活介護）」
重要事項説明書
利用契約書

社会福祉法人 中津市社会福祉協議会
中津市特別養護老人ホームやすらぎ荘

「中津市特別養護老人ホームやすらぎ荘短期入所生活介護」 重要事項説明書

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 中津市社会福祉協議会
 (2) 法人所在地 〒871-0021 大分県中津市沖代町1丁目1番11号
 (3) 電話番号 TEL 0979-24-4294 FAX 0979-24-7682
 (4) 代表者氏名 会長 白井 辰彦
 (5) 設立年月 昭和45年 4月 1日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定短期入所生活介護事業所 平成21年10月1日指定
 指定介護予防短期入所生活介護事業所 平成21年10月1日指定
 大分県4470300791号
 (2) 事業所の目的 介護認定を受けた方の生活の場を提供し介護する。
 (3) 事業所名 中津市特別養護老人ホームやすらぎ荘
 (4) 事業所所在地 〒871-0434 大分県中津市耶馬溪町大字樋山路1番地1
 (5) 電話番号 TEL 0979-56-2386 FAX 0979-56-2928
 (6) 管理者氏名 施設長 岡川 政孝
 (7) 事業所の運営方針 利用者の基本的人権を尊重し家庭的生活を送れるように。
 (8) 開設年月 平成21年10月 1日
 (9) 利用定員 併設20人 空床80人
 (10) 短期入所生活介護営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	8:30～17:30

3. 居室の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。入居される居室は、原則として4人部屋ですが、個室など他の種類の居室への入居をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。(但し、ご利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。)

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人)部屋	32室	従来型個室
2人部屋	6室	多床室
4人部屋	14室	多床室
合計	52室	
食堂	2室	
機能訓練コーナー	1フロア	[主な設置機器] 平行棒、階段、滑車運動器等
浴室	3室	普通浴・特殊浴槽等
医務室	1室	

※上記は、厚生省が定める基準により、指定介護老人福祉施設に必置が義務づけられている施設・設備です。

☆居室の変更：ご利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して指定介護福祉施設サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

職 種	職 員 数	備 考
1. 施設長（管理者）	1名	
2. 介護職員	57名	非常勤17名
3. 生活相談員	3名	
4. 看護職員	7名	非常勤1名
5. 機能訓練指導員	2名	外部講師1名
6. 介護支援専門員	1名	事務兼務
7. 医師	1名	非常勤1名
8. 管理栄養士	1名	
9. 調理員	7名	非常勤6名

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1. 医師(内科)	毎週水・金曜日 14:00～
2. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝： 7:00～16:00 3名 日中： 8:30～17:30 日中： 9:30～18:30 20名 夜間：16:45～ 8:45 4名
3. 看護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 日中： 7:00～16:00 1名 日中： 8:00～17:00 1名 日中： 9:00～18:00 1名
4. 機能訓練指導員	日中： 8:30～17:30 1名

☆土曜、日曜、祭日は上記と異なります。

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。
当施設が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただく場合

があります。

(1) 当施設が提供する基準介護サービス

以下のサービスについては、居住費（滞在費）、食費を除き通常9割が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①食事

- ・当施設では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとっていただくことを原則としています。
(食事時間)

朝食：8：00～

昼食：12：00～

夕食：17：00～

②入浴

- ・入浴又は清拭を週2回以上行います。ただし変更になることもあります。
- ・寝たきりでも機械浴槽等を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・排泄の自立を促すため、ご利用者の身体能力を最大限活用した援助を行います。

④機能訓練

- ・機能訓練指導員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するためのリハビリを必要に応じて実施します。

⑤健康管理

- ・医師や看護職員が、健康管理を行います。

⑥その他自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できるかぎり離床に配慮します。
- ・生活のリズムを考え、毎朝夕の着替えを行うよう配慮します。
- ・清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行なわれるよう援助します。

<サービス利用料金(1日あたり)>

下記の料金表によって、ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）と利用者負担段階による食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額の合計金額をお支払い下さい。（サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）65歳以上で一定以上の所得がある方は、介護保険負担額が2割になります。（本人の合計所得金額が160万円以上、年金収入とその他の合計所得金額の合計が単身で280万円以上、2人以上の世帯で346万円以上の方）

*ご利用料金は1日当たりの目安となります。

*処遇改善加算がパーセンテージの為若干誤差が出る場合がありますのでご了承のほどよろしく申し上げます。

1. 併設型短期入所生活介護サービス（機能訓練体制加算 120 円、看護体制加算（Ⅰ）40 円、看護体制加算（Ⅱ）80 円、夜勤職員配置加算Ⅲ150 円、サービス提供体制加算Ⅲ60 円、介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）総単位数×13.6%を含みます。）

1・要介護度とサービス利用料金	多床室	要介護 1 7,360 円	要介護 2 8,150 円	要介護 3 8,970 円	要介護 4 9,770 円	要介護 5 10,550 円
2・うち、介護保険から給付される金額		6,624 円	7,335 円	8,073 円	8,793 円	9,495 円
3・サービス利用に係る自己負担額（1-2）		736 円	815 円	897 円	977 円	1,055 円
4・食費に係る負担限度額	1,445 円（朝食 430 円 昼食 555 円 夕食 460 円）					
5・居住費（滞在費）に係る負担限度額	915 円					
6・自己負担額合計（3+4+5）		3,096 円	3,175 円	3,257 円	3,337 円	3,415 円

(注)：当施設では、看護職員が夜間等不在の場合でも連絡体制を定めて、必要に応じ協力医療機関との連携及び緊急の呼び出しに応じて出勤できる体制をとっております。

：必要に応じて療養食を提供した場合（医師の食事箋に基づいたもの）は、1回 80 円（1日につき3回を限度）加算されます。

：食費に関しては、朝食 430 円昼食 555 円夕食 460 円として、負担限度額を上限として食数で請求させていただきます。

：短期入所生活介護を連続 30 日利用する場合、31 日目は保険対象外となります。

：長期利用者提供減算として、短期入所生活介護を連続 30 日を超えて利用する場合、対象者について 31 日目から 60 日目までは所定単位数から一日につき 30 単位が減算されます。

：61 日以上短期入所生活を行った場合は、長期利用適正化により介護福祉施設サービス費の単位数と同単位数となります。（併設型は、すでに長期利用者に対する減算によって介護福祉施設サービス費以下の単位数となっていることから、さらなる

単位数の減算は行いません)

*ご利用料金は1日当たりの目安となります。

*処遇改善加算がパーセンテージの為若干誤差が出る場合がありますのでご了承のほどよろしくお願ひします。

1. 併設型介護予防短期入所生活介護サービス（機能訓練指導体制加算 **120 円**、サービス提供体制加算Ⅲ**60 円**、介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)総単位数×**13.6%**を含みます。）

1. 要介護度とサービス利用料金	多床室	要支援1 5,330 円	要支援2 6,580 円
2. うち、介護保険から給付される金額		4,797 円	5,922 円
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）		533 円	658 円
4. 食費に係る負担限度額		1,445 円（朝食 430 円 昼食 555 円 夕食 460 円）	
5. 滞在費に係る負担限度額		915 円	
6. 自己負担額合計（3＋4＋5）		2,893 円	3,018 円

（注）：必要に応じて療養食を提供した場合（医師の食事箋に基づいたもの）は、

1 回 80 円（1 日につき 3 回を限度）加算されます。

食費に関しては、朝食 430 円昼食 555 円夕食 460 円として、負担限度額を上限として食数で請求させていただきます。

<送迎サービス利用料金（1 回あたり）>

利用者の心身の状態、家族等の事情等からみて送迎が必要な場合は、居宅と当該事業所との間の送迎をいたします。

1. 送迎サービス利用料金	1,840 円
2. うち、介護保険から給付される金額	1,656 円
3. サービス利用に係る自己負担額（1－2）	184 円

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

☆居住費（滞在費）と食費に係る費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定書に記載している負担限度額とします。

＜当施設の居住費（滞在費）・食費の負担額＞

世帯全員が市町村民税非課税の方（市町村民税世帯非課税者）や生活保護を受けておられる方は、短期入所生活介護の居住費（滞在費）・食費の負担が軽減されます。

（介護保険負担限度額認定証をご提示下さい）

（単位：円／日）

対象者	区分	居住費（滞在費）		食費
		多床室	従来型個室	
生活保護受給者	利用者負担段階1	0円	380円	300円
市町村民税世帯非課税 老齢福祉年金受給者	利用者負担段階1	0円	380円	300円
市町村民税世帯非課税 課税年金収入額と合計所得金額の合計が80万円以下の方	利用者負担段階2	430円	480円	600円
市町村民税世帯非課税 利用者負担第2段階以外の方（課税年金収入が80万円超120万円以下の方）	利用者負担段階3①	430円	880円	1,000円
市町村民税世帯非課税 利用者負担第2段階以外の方（課税年金収入が120万円超の方）	利用者負担段階3②	430円	880円	1,300円
上記以外の方	利用者負担段階4	915円	1,231円	1,445円

（2）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①特別な食事（酒を含みます。）

ご利用者のご希望に基づいて特別な食事を提供します。

利用料金：実費相当額

②理髪・美容

[理髪サービス]

月に2回、理容師の出張による理髪サービス（調髪、顔剃、洗髪）をご利用いただけます。

利用料金：1回あたり 1,500円～

③貴重品の管理

ご利用者の希望により貴重品管理サービスをご利用いただけます。詳細は、以下の通りです。

○管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている預金

○お預かりするもの：上記預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑、有価証券、年金証書

○保管管理者：施設長

○出納方法：手続きの概要は以下の通りです。

・預金の預け入れ及び引き出しが必要な場合、備え付けの届出書を保管管理者へ提出してい

たきます。

- ・保管管理者は上記届け出の内容に従い、預金の預け入れ及び引き出しを行います。
- ・保管管理者は出入金の都度、出入金記録を作成し、その写しを必要に応じご利用者へ交付します。

○ 利用料金：無料

④レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：実費相当額

<例>

i) 主なレクリエーション行事予定

	行事とその内容(例)
4月	お弘法さま参詣
5月	高塚愛宕地藏尊参詣
6月	バイキング食事会
7月	七夕飾り付け
8月	盆踊り供養会
9月	敬老お楽しみ会
10月	やすらぎ荘秋祭り
11月	山国かかしワールド見学ツアー

ii) クラブ活動

書道、手芸（実費相当額をいただきます。）

⑤複写物の交付

ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき 10円

⑥日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用でご利用者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

実費相当額

おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

⑦その他利用料をいただく事態が発生した場合。その都度ご利用者に了解をいただき定めることといたします。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日に指定の口座から引き落としさせていただきます。又は以下のいずれかの方法でお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

ア. 窓口での現金支払
イ. 下記指定口座への振り込み 大分銀行中津支店 普通預金 5457767 フリ) ナカツシヤカイフクシヨウギカイ 口座名 福) 中津市社会福祉協議会
ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし ご利用できる金融機関：大分銀行、大分県信用組合、大分県農業協同組合、大分県信用農業協同組合連合会、ゆうちょ銀行ほか、他の金融機関についてはご相談下さい。

(4) 短期入所生活介護利用の中止、変更、追加

- 利用予定期間の前に、ご利用者の都合により、短期入所生活介護サービスの利用を中止又は変更、若しくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービスの実施日前日まで事業者申し出てください。
- 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用日の前日までに申出があった場合	無 料
利用日の前日までに申出がなかった場合	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)

- サービス利用の変更・追加の申出に対して、事業所の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。
- ご利用者がサービスを利用している期間中でも、利用を中止することができます。その場合、既に実施されたサービスに係る利用料金はお支払いいただきます。

6. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口

[職名]	責任者	施設長	岡川 政孝
	担当者	事務係 係長	古賀 圭浩
	担当者	介護・看護係 係長	中島 眞祥
	担当者	介護支援専門員	吉田 卓

○受付時間 毎週月曜日～金曜日（祝祭日は除く）
8：30～17：30

また、ご意見箱を設置しています。

(2) やすらぎ荘福祉サービス相談委員会の苦情の受付

当施設福祉サービス相談委員会における苦情やご相談を以下の第三者委員で受け付けています。

家族会会長 橋本いずみ 中津市大字大新田 596 番地 5 TEL080-3988-5769

(3) 中津市社会福祉協議会福祉サービス適正化委員会第三者委員

前澤 哲郎	中津市大貞 168-6	TEL0979-32-5104
友松 貴子	中津市犬丸 264-6	TEL0979-32-5070
井上 元	中津市本耶馬溪町曾木 1493-1	TEL0979-52-2292
金枝 豊治	中津市大字大貞 312-1	TEL0979-24-1637
小川 幸子	中津市本耶馬溪町樋田 59-4	TEL0979-52-2025
加来 由尚	中津市豊田町 14-3	TEL0979-22-1111

(4) 行政機関その他苦情受付機関

中津市福祉部 介護長寿課	所在地	大分県中津市豊田町14番地の3
	電話番号	0979-22-1111
	F A X	0979-26-1217
	受付時間	8：30～17：00
国民健康保険団体連合会	所在地	大分市大手町2丁目3番12号
	電話番号	097-534-8470
	F A X	097-537-8652
	受付時間	8：30～17：00
大分県社会福祉協議会	所在地	大分市大津町2-1-41
	電話番号	097-558-0300
	F A X	097-558-6001
	受付時間	8：30～17：00

<重要事項説明書付属文書>

1. 施設の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上2階
- (2) 建物延床面積 4,612.93㎡
- (3) 施設の周辺環境 当施設は、日当たりもよく、静かな環境にあり、交通も便利で、近くには商店があり、風光明媚な環境

2. 職員の配置状況

<配置職員の職種>

- 介護職員**… ご利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。
80名の利用者に対して57名の介護職員を配置しています。
- 生活相談員**… ご利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
3名の生活相談員を配置しています。
- 看護職員**… 主にご利用者の健康管理や服薬管理・療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、介助等もを行います。
7名の看護職員を配置しています。
- 機能訓練指導員**…ご利用者の機能訓練を担当します。
2名の機能訓練員を配置しています。
- 介護支援専門員**…ご利用者に係る施設サービス計画（ケアプラン）を作成します。
生活相談員が兼ねる場合もあります。
- 医師**… ご利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。
嘱託の医師を配置しています。
- 管理栄養士**… ご利用者の日常生活上の栄養管理を行い、医療と連携して適切な食事形態や食事状況の管理を行います。

3. サービスの利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

ご利用や面会の際、以下のものは原則として持ち込むことができません。

危険物、飲食物、その他施設で判断したもの

※尚、飲食物は誤嚥や感染症による事故防止のため、持ち込み禁止をしており、特別な事情で持ち込む際はご相談下さい。

(2) 面会

面会時間 8：00～21：00

※来訪者は、必ずその都度職員に届け出てください。

(3) 施設・設備の使用上の注意

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。

○ご利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、ご利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、ご本人のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。

○当施設の職員や他の入所者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動等を行うことはできません。

(4) 喫煙

施設内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

4. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

5. 個人情報について

①使用する目的

事業者が、介護保険法に関する法令に伴い利用者の施設サービス計画に基づき介護サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等及び関係機関との連絡調整等において必要とする場合において使用します。

②使用にあたっての条件

- ・個人情報の提供は、①に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払います。
- ・事業者は個人情報を使用した会議、相手方、内容について記録します。

③個人情報の内容（事例）

氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が介護支援を行うために最低限必要な利用者や家族に関する情報

令和 年 月 日

上記の指定短期入所生活介護（予防短期入所生活介護）重要事項の内容に同意します。

（利用者氏名） _____

私は、本人の同意意思を確認し本人の代わり下記署名を行います。

（代筆者氏名） _____

利用者との関係（ _____ ）

私は、本人（ _____ ）に代わり、上記の指定短期入所生活介護（予防短期入所生活介護）重要事項の内容に同意し下記署名を行います。

（代理人氏名） _____

サービスの提供に当たり、利用者に対し本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業所 中津市特別養護老人ホームやすらぎ荘

説明者 職 名 _____ 氏 名 _____

「指定短期入所生活介護（予防短期入所生活介護）」利用契約書

様（以下「利用者」という。）と社会福祉法人中津市社会福祉協議会（以下「事業者」という。）は、事業者が利用者に対して行う短期入所生活介護（予防短期入所生活介護）について、次のとおり契約（以下「本契約」という。）を締結します。

（契約の目的）

第1条 事業者は、利用者に対して介護保険法令の趣旨に従い、利用者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、利用者に対し、短期入所生活介護サービスを提供します。

（契約期間）

第2条 本契約の有効期間は、契約締結の日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。但し、契約期間満了の2日前までに利用者から文書による契約終了の申し入れがない場合には、本契約は更に同じ条件で更新されるものとし、以後も同様とします。

（短期入所生活介護（介護予防短期入所生活介護）計画の作成・変更）

第3条 事業者は、利用者が概ね4日以上継続して入所する場合には、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、「居宅サービス計画（ケアプラン）」（以下「ケアプラン」という。）に沿って、短期入所生活介護事業者においては「短期入所生活介護サービス計画」（以下「サービス計画」という。）を、作成します。

なお、4日未満の入所の場合にあたっては、居宅介護支援事業者等と連携をとり、適切なサービスを提供します。

- 2 事業者は、利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止に資するよう、サービスの目標を設定し、前項に規定する「サービス計画」に基づき計画に行います。
- 3 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、その変更が「ケアプラン」の範囲内で可能なときは、速やかに「サービス計画」の変更等の対応を行います。
- 4 事業者は、「サービス計画」の作成及び変更にあたっては、その内容を利用者及びその家族に対し同意を得ます。

（サービス提供と内容の記録及び保管）

第4条 事業者は、「重要事項説明書」（以下「説明書」という。）に記載した事業者が提供するサービス、「サービス計画」が作成されている場合は「サービス計画」に基づいた内容のサービス、「サービス計画」が作成されていない場合は「ケアプラン」に沿った内容のサービスを提供します。

- 2 事業者は、サービスの提供記録を、この契約終了後2年間保管し、利用者の求めに応じて閲覧させ又は複写物を交付します。

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。

(身体的拘束その他行動制限)

第5条 事業者は、利用者又は他の利用者等の生命もしくは身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、隔離、身体的拘束、薬剤投与、その他の方法により利用者の行動を制限しません。

2 事業者が、前項により利用者の行動を制限する場合は、利用者に対し事前の制限の根拠、内容、見込まれる期間について十分説明します。

またこの場合、事業者は事前、又は、事後速やかに利用者の法定代理人、任意後見人、利用者代理人もしくは家族に対し十分説明します。

なお、サービスの提供記録にその内容を記載します。

(サービスの利用)

第6条 利用者は、サービスを受けようとする場合には、あらかじめ事業者に対して利用する期間を明示して申し込むものとします。

これに対して事業者は、居室が確保できないなど事業所運営に著しい支障をきたさない限り、利用を断ることはありません。

2 事業者は、前項により利用を断る場合には、居宅介護支援事業者への連絡、その他適当な短期入所生活介護事業者の紹介等必要な措置を講じます。

3 連続した利用は、30日までが介護給付の算定上限です。連続30日を超える利用日は保険給付の対象外で全額自己負担となります。

(緊急時の対応)

第7条 事業者は、現にサービスの提供を行っているとき、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医又は歯科医に連絡を取るなど必要な措置を講じます。

(居宅介護支援事業者との連携)

第8条 事業者は、サービスの提供にあたり、居宅介護支援事業者又は福祉サービスを提供するものと緊密な連携に努めます。

2 事業者は、利用者が「ケアプラン」の変更を希望する場合は、速やかに居宅介護支援事業者への連絡調整等の援助を行います。

(秘密保持)

第9条 事業者及び事業者の使用する者は、サービスを提供するうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。

なお、この守秘義務は、契約終了後も同様です。

(個人情報の取扱い)

第10条 利用者の個人情報の取り扱いについては個人情報保護法を遵守し、個人情報を用いる場合は事業者が定める個人情報保護に関する規定に従い、誠実に対応します。

2 利用者及び利用者の家族の個人情報を使用する期間はサービス利用契約期間とします。

(賠償責任)

第11条 利用者はサービス提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

ただし、事業者が故意過失がなかったことを証明した場合は、この限りではありません。

(利用者負担金及びその変更)

第12条 利用者は「説明書」の記載に従い、サービス利用の対価である利用者負担金、食費及び滞在費を支払います。

2 利用負担金のうち関係法令に基づいて定められたものが、契約期間中に変更になった場合、関係法令に従って改定後の利用者負担金が適用されます。

その際には、事業者は利用者に説明します。

3 事業者は、食費及び滞在費をはじめ、提供するサービスのうち、理美容、特別な食事・居室の提供などの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者負担金を説明し、利用者の同意を得ます。

4 事業者が前項の利用者負担金の変更（増額又は減額）を行う場合には、利用者に対して変更予定日の1か月前までに文書により説明し、利用者の同意を得ます。

(利用者負担期の滞納)

第13条 利用者が正当な理由なく利用者負担金を2か月分以上滞納した場合には、事業者は文書により10日以上を定めて、その期間内に滞納額の全額を支払わなければ、契約の解約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、事業者は「ケアプラン」を作成し居宅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「ケアプラン」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協議を行うようにするものとします。

3 事業者は、前項に定める調整の努力を行い、かつ第1項に定める期間が満了した場合には、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。

4 事業者は、前項の規定により解約に至るまでは、滞納を理由としてサービスの提供を拒むことはありません。

(契約の終了)

第14条 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) 利用者の要介護認定区分が、自立（非該当）又は要支援と認定されたとき

(2) 利用者が死亡したとき

(3) 利用者の所在が、2週間以上不明になったとき

(利用者の解約権)

第15条 利用者は事業者に対して、契約終了希望日の7日前までに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。なおこの場合、事業者は利用者に対し、文書による確認を求めることができます。

ただし、利用者の病状の急変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、直ちにこの契約を解約することができます。

2 次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解消することができます。

- (1) 事業者が、正当な理由なくサービスを提供しないとき
- (2) 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とき
- (3) 事業者が破産申立をしたとき

(事業者の解約権)

第16条 事業者は、やむを得ない事情により事業者を閉鎖又は縮小する場合、文書により1か月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 事業者は、利用者が次の各号に該当し、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、このサービス利用契約の目的を達することが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約することができる。

- (1) 利用者の行動が、他の利用者、自身の生命又は健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、事業者が十分な介護を尽くしてもこれを防止できなとき
- (2) 利用者が、故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき

(契約終了時の援助)

第17条 契約を解約又は終了する場合には、事業者はあらかじめ、必要に応じて主治医及び居宅介護支援事業者もしくは地域包括支援センターに対する情報の提供を行うほか、その他の保健医療サービス又は福祉サービス提供者等と連携し、利用者に対して必要な援助を行います。

(苦情処理)

第18条 事業者は、利用者からのサービスに関する相談、苦情等に対応する窓口を設置し、迅速かつ適切に対応します。

2 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。

(連帯保証人)

第19条 連帯保証人は、利用者と連帯して本契約から生じる利用者の責務を負担します。

- 2 前項の連帯保証人の負担は、毎月の利用料のおよそ3か月分を限度とします。
- 3 連帯保証人が負担する債務の元本は、利用者又は連帯保証人が死亡したときに確定するものとします。
- 4 連帯保証人の請求があったときは、事業者は連帯保証人に対し、遅滞なく、利用者等の支払い状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者のすべての債務の額等に関する情報を提供します。

(協議事項)

第20条 本契約に定められていない事項について問題が生じた場合には、事業者は介護保険法その他諸法令の定めるところに従い、利用者との誠意をもって協議するものとします。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が記名のうえ、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

(利用者住所) _____

(利用者氏名) _____

私は、本人の同意意思を確認し本人に代わり下記署名を行います。

(代筆者氏名) _____

利用者との関係 (_____)

連帯保証人 (本人自筆)

住 所 _____

氏 名 _____

連 絡 先 _____

連帯保証人 (本人自筆)

住 所 _____

氏 名 _____

連 絡 先 _____

私は、本人（ ）に代わり、下記において、指定短期
入所生活介護（予防短期入所生活介護）契約を締結します。

事業者住所 中津市沖代町1丁目1番11号

事業者名 社会福祉法人 中津市社会福祉協議会

代表者氏名 会長 白井辰彦