

指定介護老人福祉施設 サービス利用契約書

介護老人福祉施設 舞子台ホーム

施設介護サービス利用契約書

ご利用者 様を甲とし、
事業者 介護老人福祉施設 舞子台ホームを乙とし、
下記のとおり施設サービス契約を締結します。

第1条 (施設介護サービスの目的)

乙は介護保険法関係法令の定めるところにより、甲に対し、この契約の定めるところに従って、甲がその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、それらに必要な居室及び共用施設を使用してもらい、各種福祉施設サービスを提供します。

第2条 (介護サービス内容及びその提供)

- 乙は、施設サービス計画に基づいて各種サービスを提供します。各種サービスの内容は、別紙「重要事項説明書」に記載したとおりです。
- 乙は、甲の被保険者証に認定審査会意見が記載されている場合は、その意見に配慮して各種サービスの提供を行うよう努めます。
- 甲は、次の各号の介護保険給付サービスの提供を受けることができます。
 - ① 食事、入浴、排泄、おむつの取り替え、着替え等の介護
 - ② 相談及び援助
 - ③ 教養・娯楽設備の提供及びレクリエーション行事
 - ④ 行政手続きの代行
 - ⑤ 日常機能回復訓練
 - ⑥ 健康管理
- 甲は、介護保険給付外サービスとして、次の各号のサービスを受けることができます。
 - ① 食事の提供
 - ② 理美容
 - ③ その他の生活サービス
- 乙は、本条各種サービスの提供に当たり、甲又はその家族に対し、処遇上必要な事項についてわかりやすく説明します。
- 乙は甲又は他の入所者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束、その他甲の行動制限を行いません。やむを得ない場合には、必要最低限度の期間に限定して行うものとします。
- 乙は、本条各種サービスの提供に当たり、甲の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するように、甲の心身の状況に応じて甲の処遇を妥当適切に行い、漫然かつ画一的なものとならないように配慮します。
- 乙は、保健医療サービス又は他の福祉サービスを提供する者との密接な連携に努め、その甲の利用状況を把握するようにします。

第3条 (介護サービス記録)

- 1 乙は、甲に対する介護サービスの提供に関する記録書類を整備し、その完成の日から5年間保存します。
- 2 甲又は甲の家族は、乙に対し、いつでも前項の記録書類の閲覧及び謄写を求めることができます。ただし、謄写においては、乙は謄写請求者に対して、実費相当額を請求することができます。

第4条 (費用の負担と領収書)

- 1 甲は、乙に対し、乙が提供する各種介護保険給付サービス及び各種介護保険給付外サービスに対する利用料並びに居住費を、別紙「重要事項説明書」により支払います。
- 2 乙は、甲が支払うべき各種介護保険給付サービスに要した費用について、甲が介護サービス費として市町村から支給を受ける額の限度において、甲に代わって市町村から支払いを受けます。【法定代理受領サービス】
- 3 乙は、毎月翌月10日までに、当月分の利用料などを算出し、請求書を発行します。
- 4 甲は、乙に対し、前項の請求書に基づき、当月の利用料等を支払います。
- 5 甲の故意、過失又は甲の趣向により、居室又は備品につき、通常の保守・管理の程度を超える補修が必要となった場合には、その費用を甲が別途これを負担します。但し、やむを得ない事情があると認められる場合は、甲の負担を免除することもあります。
- 6 乙は、甲から利用料の支払いを受けたときは、甲に対し、遅滞なく領収書を発行します。領収書には、乙が提供した各サービスごとに、介護保険給付の対象となるものと対象外の区別、領収金額の内訳を明記します。

第5条 (健康管理)

- 1 乙は、常に甲の健康管理と維持に最大限の努力をします。
- 2 乙は、甲に病状の急変等入院の必要な状態が生じた場合には、責任を持って協力医療機関等に引き継ぎます。なお、当施設の協力医療機関は別紙「重要事項説明書」に記載したとおりです。
- 3 前項の場合、甲が特に希望する医療機関を有する場合には、状況の許す限り、その希望する医療機関を優先します。
- 4 治療の必要性、方法などの判断については、緊急の場合を除いて、甲の意志を確認し、できるだけ甲の意志に沿うようにします。

第6条 (財産の保全管理)

- 1 甲は乙に対し、金銭出納管理を委託することができます。なお、金銭の管理体制の概要は別紙「重要事項説明書」に記載したとおりです。
- 2 甲及び身元引受人は、乙に対しいつでも金銭出納の記録の提示を求めることができます。その場合、乙は速やかに記録を提示する義務を負います。

第7条 (入院に係わる取り扱い)

- 1 甲が医療機関に入院し、3ヶ月以内に退院が見込まれる場合は、退院後も優先的に当施設に入所することができます。
- 2 前1項の場合、甲は、入院翌日より6日間は介護保険給付の扱いに応じて外泊時費用を、7日目以降は居住費の自己負担額を支払うものとします。その場合、介護保険負担限度額認定証1段階には、2段階の水準を適用するものとします。
- 3 乙は、甲の同意のある場合は、その入院期間中は当該ベッドを短期入所生活介護等に活用できるものとします。この場合、甲は前2項の料金・居住費を支払う必要はありません。

第8条 (一時外泊)

- 1 甲が外泊を希望するときは、やむを得ない場合を除いて、外泊開始の2日前までに申し出て、乙の同意を得るものとします。ただし、原則として1ヶ月に延べ6日間を限度とします。
- 2 甲は、外泊時期間中、介護保険給付の扱いに応じて外泊時費用を支払うものとします。
- 3 甲がやむを得ない事由により7日以上外泊する場合、7日目以降は居住費の自己負担額を支払うものとします。その場合、介護保険負担限度額認定証1段階の方には、2段階の水準を適用するものとする。

第9条 (身元引受人及び連帯保証人)

- 1 乙は、甲に対し、身元引受人及び連帯保証人を求めることがあります。但し、社会通念上、甲に身元引受人及び連帯保証人を立てることができない相当の理由が認められる場合は、その限りではありません。
- 2 連帯保証人は、この契約に基づく甲の乙に対する一切の責務（利用料については上限60万円）につき、甲と連帯して履行の責任を負います。
- 3 身元引受人は、次の各項の責任を負います。
 - ① 甲が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するように乙に協力すること。
 - ② 契約解除又は契約終了の場合、乙と連携して甲の状態に見合った適切な受け入れ先の確保に努めること。
 - ③ 甲が死亡した場合、遺体及び遺留金品等の処理その他の必要な措置をとること。

第10条 (契約の終了)

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。

- 1 甲が死亡したとき。
- 2 第11条又は第12条に基づき、本契約の解除又は解約を通告されたとき。
- 3 甲が連続して3ヶ月を超えて医療機関に入院すると見込まれる場合、もしくは入院した場合。
- 4 甲が他の介護保険施設へ入所したとき。

- 5 事業者が解散、破産又はやむを得ない事由により当施設を閉鎖した場合。
- 6 施設の焼失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能となった場合。

第 11 条 (甲からの契約解除)

甲は、乙に対し、いつでもこの契約の解除を申し入れることができます。この場合には、15 日以上予告期間をもって届けるものとし、予告期間満了までに居室を明け渡します。

第 12 条 (乙からの契約解除)

乙は、甲が次の各項に該当する場合には、甲に対して 7 日間の予告期間において、この契約を解除することができます。

- 1 正当な理由なく利用料やその他自己の支払うべき費用を 3 ヶ月分以上滞納したとき。
- 2 甲の行為が、他の利用者や乙の職員に重大な影響を及ぼすおそれがあり、かつ甲に対する通常の介護方法ではこれを防止することができないとき。
- 3 甲につき、重大な自傷行為を繰り返すなど、自殺を犯す危険性が極めて大きいと認められたとき。
- 4 甲が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者もしくは他の利用者等の財物・信用等を傷つけ、又は著しい背信行為を行うことにより、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合。

第 13 条 (退居時の援助)

契約の解除又は終了により甲が当施設を退居することになったときは、乙は、あらかじめ甲の退所先が決まっている場合を除き、居宅介護支援事業所又はその他の保健機関、医療機関、若しくは福祉サービス機関等と連携し、円滑な退所のために必要な援助を行います。

第 14 条 (苦情処理)

- 1 甲又は身元引受人は、提供されたサービス等につき苦情がある場合、いつでも別紙「重要事項説明書」記載の苦情申立窓口に苦情を申し立てることができます。その場合、乙は速やかに事実関係を調査し、その結果並びに改善の必要性の有無及び改善の方法について甲に報告します。
- 2 乙は苦情受け付け担当者および苦情解決責任者を選任し、苦情処理に当たります。また、施設外の第三者の立場から解決に当たる第三者委員を選任し、いずれも「重要事項説明書」に記載します。
- 3 甲は、介護保険法令に従い、市町村及び国民健康保険団体連合会等の苦情申立機関に苦情を申し立てることができます。
- 4 乙は、甲又は甲の身元引受人から第 1 項又は第 2 項の苦情の申し出がなされたことをもって、甲に対していかなる差別的な取り扱いもいたしません。

第 15 条 （守秘義務）

- 1 乙の職員は、業務上知り得た甲、甲の家族又は身元引受人に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏らしません。
- 2 乙は、乙の職員が退職後、就業中に業務上知り得た甲、甲の家族又は身元引受人に関する事象を、正当な理由なく第三者に漏らすことのないように配慮します。
- 3 乙が、居宅介護支援事業、医療機関等必要な機関に甲に関する情報を提供する場合には、あらかじめ甲の同意を得て行います。また、乙は、甲及びその身元引受人以外から甲に関する情報の提供を求められた場合も同様に、あらかじめ甲の同意を得て行います。

第 16 条 （事故発生時の対応及び賠償責任）

- 1 乙は、サービス提供により事故が発生した場合は、速やかに甲の家族又は身元引受人並びに神戸市及び関係各機関に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- 2 乙は、サービスの提供により甲に賠償すべき事故が発生した場合は、天災地変等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意を持って損害賠償を行います。但し、当該事故の発生につき、甲の側に重過失がある場合は、損害賠償責任を負いません。
- 3 乙は、万一の場合に備えて、施設事故損害賠償責任保険に加入しております。

第 17 条 （合意管轄）

本契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じた場合は、神戸地方裁判所をもって第一審裁判所とすることを、甲と乙とはあらかじめ合意します。

第 18 条 （契約に定めのない事項）

この契約に定めのない事項につき疑義のあるときは、介護保険法令その他諸法例を尊重し、甲及び身元引受人と乙とは、協議のうえ、誠意を持って解決するものとします

以上の契約の証として本契約書を 2 通作成し、甲及び乙は署名又は記名押印のうえ、各自 1 通を保持します。

令和 年 月 日

(ご利用者：甲) 私は、以上の契約につき説明を受け、内容を理解しました。
私は、この契約に定めるところに従い、貴施設に入居し、各種の介護サービス
を利用することを申し込みます。

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 (FAX) _____

(署名代行者) 私は、下記の理由により利用者に代わり、上記署名を行いま
した。私は利用者本人の契約意志を確認しました。

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 (FAX) _____

(身元引受人・連帯保証人) 私は、以上の契約内容につき貴施設から説明を
受け、身元引受人・連帯保証人の責任につき理解しました。

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 (FAX) _____

(身元引受人・連帯保証人) 私は、以上の契約内容につき貴施設から説明を
受け、身元引受人・連帯保証人の責任につき理解しました。

住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 (FAX) _____

(事業者：乙) 当施設は、指定介護老人福祉施設事業者として、甲の申し込
みを受諾、この契約に定める各種サービスを誠実に責任を持って行います。

所在地 〒 655-0046 神戸市垂水区舞子台7-2-1 _____

名称 _____ 介護老人福祉施設 舞子台ホーム _____

代表者 _____ 施設長 加藤 隆寛 _____ 印

電話番号 _____ (078) 785-8666 _____

FAX _____ (078) 785-8667 _____

介護老人福祉施設重要事項説明書

<令和 年 月 日現在>

あなたに対する施設サービス提供開始にあたり、厚生労働省令第39号第4条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. <当施設が提供できるサービスについての相談窓口>

電話番号 078-785-8666 FAX番号 078-785-8667

担当 小白哲也

*ご不明な点は、お気軽にお尋ねください。

2. <事業者の所在地及び代表者>

事業者の名称	社会福祉法人 昌風会
法人所在地	神戸市垂水区舞子台7丁目2-1
法人種別	社会福祉法人
法人設立年月日	平成11年11月19日
代表者氏名	琴浦 圭子
電話番号	078-785-8666

3. <介護老人福祉施設 舞子台ホームの概要>

(1)ご利用施設

施設の名称	介護老人福祉施設「舞子台ホーム」
施設の所在地	神戸市垂水区舞子台7丁目2-1
施設長名	加藤 隆寛
介護保険指定番号	介護老人福祉施設 (神戸市2870800568号)
ホームページ	http://maikodaihome.jp

(2)ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	兵庫県知事の事業者指定		利用定数	神戸市基準該当サービス
	指定年月日	介護事業者指定番号		
施設	平成20年11月1日	兵庫県 2870800568号	50人	該当
居宅	平成21年1月4日	兵庫県 2870800584号	40人	該当
	平成21年1月4日	兵庫県 2870800592号	10人	該当
居宅介護支援事業	平成16年9月1日	兵庫県 2870801392号		該当

(3)当施設の職員体制(主たる職員)

従業員の種類	常勤	非常勤	計
施設長	1名		1名
医師		1名	1名
介護支援専門員	1名		1名
生活相談員	1名		1名
介護職員	名	名	名
看護職員	名	名	名
管理栄養士	1名		1名
事務職員	3名		3名

(1日の勤務として1フロアにつき、早出1名・日勤3名・遅出2名・夜勤1名を目安としています)

(4)施設の設備の概要

敷地	1,789.28 m ²	鉄骨コンクリート造り5階建て総床面積3,251.39 m ²		
定員	50名	静養室	1室2床	
居室	4部屋	12室 (1室63.28m ²)	医務室	1室
	2部屋	2室 (1室23.94m ²)	食堂	2室
	個室	8室 (1室23.46m ²)	機能訓練室	1室
浴室	一般浴槽(1),特殊浴槽(2)	談話室	1室	

(5)第三者評価の実施状況

実施の有無 (有 ・ 無) 直近の調査実施日 平成29年年12月11日
直近の第三者評価報告はホームページにて閲覧下さい。

4. <介護保険の給付の対象となるサービス>

①食事

- ・栄養と利用者の身体状況及び嗜好を考慮して献立を作成いたします。
- ・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基本とします。
朝食8:15～8:55 昼食12:00～12:45 夕食18:00～18:45
- ・必要に応じて、毎食後口腔ケアを行います。

②入浴

- ・入浴又は清拭を週2回行います。
- ・利用者の身体状況に応じた方法で入浴して頂きます。

③排泄

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

④日常機能回復訓練

- ・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回復及び機能減退防止の生活リハビリを実施します。

⑤生活相談

- ・日常生活の不安や悩みは生活相談員が伺います。お気軽にご相談下さい。

⑥健康管理

- ・嘱託医の指示のもと、年1回の健康診断の他、日常の健康管理を行います。

⑦その他の自立への支援

- ・寝たきり防止のため、できる限り離床に配慮します。
- ・清潔で快適な生活のため、適切な整容・着替えが行われるよう援助します。

5. <サービス利用料金>

サービス利用料金の1割・2割・3割のいずれかが自己負担額となります。
要介護度および個室(従来型)/多床室に応じて料金が異なります。

施設サービス利用料金表 (1日あたり)

要介護度	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
介護保険自己負担額1割の方	804円	887円	973円	1,057円	1,139円
介護保険自己負担額2割の方	1,608円	1,774円	1,946円	2,114円	2,278円
介護保険自己負担額3割の方	2,412円	2,661円	2,919円	3,171円	3,417円

- ・上記利用料金に含まれるもの(以下加算金額1割負担の方の場合)
日常生活継続支援加算38円/日、看護体制加算Ⅰ7円/日、看護体制加算Ⅱ14円/日、夜勤体制加算24円/日、栄養ケアマネジメント加算15円/日、介護職員処遇改善加算Ⅰ及び特定処遇改善加算Ⅰ及び介護職員等ベースアップ等支援(合計単位数×11.0%)
- ・必要に応じて加算される料金
療養食加算7円/回
経口維持加算Ⅰ473円/月
再入所時栄養連携加算422円、低栄養リスク改善加算317円/月、
看取り介護加算Ⅰ85円/日、看取り介護加算Ⅱ169円/日、
看取り介護加算Ⅲ913円/日、看取り介護加算Ⅳ1,848円/日、
配置医師緊急時対応加算761円/回または1,521円/回
- ・入所初日に25円(安全対策体制)、入所後30日は32円/日(初期加算)が加算されます。
- ・入院及び外泊の場合、月6日を限度として288円/日が加算されます。
ただし、入院・外泊の初日及び末日の負担はありません。
- ・その他、科学的介護推進体制加算48円/月が加算されます。
- ・利用者に介護保険料の未納がある場合には、自己負担額が異なることがあります。

6. <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、全額がご利用者の負担となります。

①居住費(ベッド代および光熱水費)

個室(従来型)	1,171 円/日
多床室	855 円/日

外泊・入院時も居住費はご負担いただきますのでご了承ください。

②食費(食材料費および調理に係る費用)

一日分	1,600 円
-----	---------

※ ①・②に関して軽減措置に該当する利用者は、介護保険から特定入所者介護サービス費が適用されますので、証書をご呈示ください。

③特別な室料

利用者のご希望により、特別な居住環境を提供する場合は、上記居住費に追加費用をお支払いいただきます。

④特別な飲食費(酒類を含む)

利用者のご希望により、特別な食事・飲み物を提供又は外部から購入した場合は、実費をお支払いいただきます。

⑤理髪・美容費

理美容師の出張による理髪サービスをご利用いただけます。実費をお支払い下さい。

⑥貴重品の管理

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。

管理する金銭形態	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に届け出た印鑑、年金証書等
出納方法	届け出に従って預金の預け入れ・引き出しを行い、出入金記録を作成します。
利用料金	1,000円/月

⑦コピー代

介護記録等のコピーが必要な場合は、お申し出ください。実費をお支払いいただきます。

⑧日常生活費

個人の日常生活用品の購入代金等を負担していただくことがあります。おむつ代はご負担の必要はありません。

⑨受診時の移送付き添いに係わる費用

利用者の通院時の移送付き添いサービスを行います。
※医療機関が遠方(垂水区外)のとき、あるいは受診に長時間かかる場合は下記の送迎費用(ガソリン代・その他車両維持費用)をお支払いください。

5Km以内	片道	500円
5Km以上	片道	1,000円

7. <1ヶ月にお支払いいただく金額の目安>

サービス利用料自己負担分(1割)+居住費+食費

	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
個室	110,873円	113,446円	116,112円	118,716円	121,258円
多床室	101,077円	103,650円	106,316円	108,920円	111,462円

サービス利用料自己負担分(2割)+居住費+食費

	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
個室	135,797円	140,943円	146,275円	151,483円	156,567円
多床室	126,001円	131,147円	136,479円	141,687円	146,771円

サービス利用料自己負担分(3割)+居住費+食費

	要介護度1	要介護度2	要介護度3	要介護度4	要介護度5
個室	160,721円	168,440円	176,438円	184,250円	191,876円
多床室	150,925円	158,644円	166,642円	174,454円	182,080円

所得額に応じて負担減額制度が設けられております。適用を認められた方はお申し出ください。

8. <協力医療機関>

協力医療機関名	診療科目
舞子台病院	内科・外科・整形外科・脳外科・泌尿器科・婦人科
伊川谷病院	内科・外科・整形外科・循環器内科・消化器外科・脳神経外科・婦人科・眼科
田口歯科	歯科

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には、速やかに家族に連絡を取り、医療機関での受診等、必要な措置を行うとともに、神戸市に報告致します。
また、事故発生の原因が施設にある場合は損害を賠償をいたします。

10. <災害発生時の対応>

非常災害の為、避難しなければならない場合、或いは、当施設に避難者を受け入れる場合は、当施設の方針に沿って居室利用を中止し、居室・サービスの内容を含め、当施設の指定・変更するところに従うことをご了承ください。

11. <利用料金のお支払い方法>

利用料金は月末締めで計算し、翌月10日以降に請求書を発行します。
月末までに事務所窓口にてお支払い下さい。

12. <苦情受付及び苦情申立窓口>

①	受付時間	月～土 9:00～17:00
	担当者	事務主任 原田 真次
	責任者	施設長 加藤 隆寛

②	第三者委員	必要に応じて、利用者と施設の間に入って、問題解決に努めます。	
	法人監事	小澤 良子	078-965-2218
	法人監事	岩下 達美	078-581-7447

③	公的相談窓口 苦情は下記の窓口へ直接、申し立てることもできます。	
	神戸市福祉局 監査指導部(法人・施設指導担当)	TEL ::078-322-6242 (平日 8:45～12:00 13:00～17:30)
	神戸市消費生活センター(契約に関する相談)	TEL ::078-371-1221 (平日 9:00～17:00)
	兵庫県国民健康保険団体連合会	TEL :078-332-5617 (平日 8:45～17:15)
	兵庫県福祉サービス運営適正化委員会	TEL :078-242-6868 (平日 10:00～16:00) tekiseika@hyogo-wel.or.jp
	高齢者虐待専用電話(神戸市福祉局監査指導部内)	TEL :078-322-6774 (平日 8:45～12:00、13:00～17:00)

私は、乙の職員()から、本書面に基づいて、上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日
利用者 住所 _____
氏名 _____ (印)
・ 身元引受人 住所 _____
・ 連帯保証人 氏名 _____ (印)
・ 身元引受人 住所 _____
・ 連帯保証人 氏名 _____ (印)