

短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護サービス契約書

この契約書は、
様（以下「利用者」という。）と特別養護老人ホームう
おの園（以下「事業者」という。）との間に短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介
護サービス（以下「短期入所サービス」という。）を実施するための取り決めを行うために
作成します。

（契約の目的）

第1条 事業者は、介護保険法及びその他の関係する法令（以下「法令」という。）並びに
この契約書に従い、利用者が可能な限り居宅において、その心身の状態や有する能力に
応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、短期入所サービスを提供します。

（契約期間）

第2条 この契約の契約期間は次のとおりとします。

契約の開始日 平成 年 月 日

契約の満了日 利用者の要介護又は要支援認定の有効期間の満了日

（平成 年 月 日）

2 契約満了日までに、利用者から契約を終わらせようとする申し出がない場合、契約は
自動的に更新されます。

（利用者負担金及びその滞納など）

第3条 この契約に関わる利用者負担金は、契約書別紙兼重要事項説明書のとおりです。

2 利用者が正当な理由なく、事業者に支払うべき利用者負担金を2か月分以上滞納した
ときは、事業者は1か月以上の執行猶予期間をおいた上で支払いの期限を定め、この期
限までに利用者が利用者負担金を支払わない場合は、契約を解約する旨通知することが
できます。ただし、通告を行った場合であっても、契約の継続を考慮し、利用者との調
整のための努力をします。

3 第2項に定める通告を行った場合は、事業者は居宅介護サービス計画又は介護予防サ
ービス計画（以下「サービス計画」という。）を作成した、居宅介護支援事業者又は地域
包括支援センターへその旨を連絡します。

4 事業者は、調整の努力を行い、かつ調整期間（通告から1か月）を経過した場合には、
この契約を文書により解約することができることとします。

（利用者負担金の納入）

第4条 前条に定める利用者負担金については、サービスを利用した月ごとにまとめら
うえ、サービスを利用した月の翌月20日までに、請求書を送付し、利用者、利用者の家
族及び身元引受人は、連帯して、事業者に対し、当該合計金額をその月の末日までに支

払うものとしします。

- 2 お支払いの方法は現金納入、銀行振込又は口座引落の3通りの中からお選びください。
なお、銀行振込及び口座引落に要する料金については、利用者のご負担とさせていただきます。
- 3 利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金のお支払いを受けた後、現金払いはその場で、銀行振込及び口座引落は振込確認後、領収書を発行します。
(利用者の解約権)

第5条 利用者は、7日間以上の予告期間を設けることにより、この契約をいつでも解約することができます。

- 2 事業者のサービスの提供にあたり、著しい不信行為があった場合は、前項の規定にかかわらず予告期間を設けることなく、契約を解約することができます。
- 3 この規定により契約を解約する場合であっても、損害賠償請求の権利に影響を及ぼすものではありません。
(事業者の解約権)

第6条 事業者は、次の場合に限り、契約を解約することができます。

- 1 利用者の著しい不信行為があるなどの理由により、契約を継続することが困難になった場合
 - 2 第3条第4項に該当する場合
 - 3 利用者が事業者の通常の事業（又は送迎）の実施区域外に転居し、事業者においてサービスの提供の継続が困難であると見込まれる場合
- 2 事業者は、契約を解約する場合にあっても、その理由を文書により利用者に示すこととします。
- 3 事業者は契約を解約する場合においては、サービス計画を作成した居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターへその旨を連絡し、また利用者の希望に応じて事業者への紹介を行います。

(契約の終了)

第7条 この契約は、次のいずれかに該当する場合、終了します。

- 1 利用者から第2条第2項に定める契約を終了させようとする意思表示があり、契約期間が満了した場合
- 2 第5条に定める利用者からの解約の意思表示がなされ、予告期間を満了した場合
- 3 第6条に定める事業者からの解約の意思表示がなされた場合
- 4 次のいずれかに該当することにより、短期入所サービスを提供することができなくなったとき
 - ① 利用者が介護保険施設に入所したとき（地域密着型サービスを含む。）
 - ② 利用者が認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護又は小規模多機能型居宅介護を受けることとなったとき（介護予防サービス及び地域密着型サービス

を含む。)ただし、居宅療養管理指導は除きます

③ 利用者が要介護認定及び要支援認定を受けることができなかったとき

④ 利用者が死亡したとき

(損害賠償)

第8条 事業者は短期入所サービスの実施にあたり、利用者の生命・身体・財産等に損害を賠償します。ただし、その損害について事業者の責任を問えない場合については、この限りではありません。

2 事業者は、利用者の生命・身体・財産等に損害を与えた場合は、その責任の所在に関わらず、利用者又は利用者の家族等（以下「利用者等」という。）に直ちに連絡します。

また、遅滞なく必要な処置を講じます。

(苦情対応)

第9条 事業者は、利用者等からの苦情を受ける窓口責任者及びその連絡先を明らかにするとともに、利用者等から苦情があった場合は、迅速かつ誠実に対応します。

2 利用者等は、いつでも苦情の申し立てを行うことができます。

また、苦情の申し立てを行うことにより、事業者は利用者等に対して一切、不利益な取扱いをしません。

3 事業者は、必要に応じて新潟県国民健康保険団体連合会へ苦情の概要について報告する等して、適切な対応について指示を仰ぎます。

(サービスの提供の記録など)

第10条 事業者は、サービス提供の記録等を作成完了後、少なくとも2年間は適正に保存し、利用者の求めに応じて閲覧に付す等、情報開示いたします。

2 事業者は、第6条に定めた契約の終了にあたって必要があると認められる場合は、利用者の同意を得たうえで、利用者の指定する他の居宅介護支援事業者等へ、サービスの提供の記録等を引き継ぐものとします。

(個人情報の保護及び守秘義務)

第11条 事業者は、保有する利用者等の個人情報に関し適正かつ適切な取扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得るために、個人情報に関連する法令及びその他関係法令等を遵守し、個人情報の保護を図ることとします。

2 事業者は、サービスを提供するうえで知り得た利用者等に関する秘密及び個人情報については、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても第三者には漏らしません。

3 前項の規定に関わらず契約書別紙兼重要事項説明書において同意を得られている事項については情報提供することがあります。

なお、この場合でも個人情報の提供は必要最低限とし、提供にあたっては関係する者以外には漏らしません。

(拘束の禁止)

- 第12条 事業者は、利用者、他の利用者及び入居者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、利用者について、隔離、身体的拘束及び薬剤投与その他の方法（以下「隔離等」という。）により、利用者の行動の制限をしません。
- 2 事業者が、利用者について隔離等により、その行動を制限する場合は、利用者に対して、事前に行動を制限する理由、行動を制限する手段や内容及び行動を制限する期間について、あらかじめ十分に説明します。また、この場合、事業者は利用者の家族等関係者に対し、事前に行動を制限する理由、行動を制限する手段や内容及び行動を制限する期間について、あらかじめ十分に説明します。事前の説明が間に合わなかった場合であっても、事後直ちに説明を行います。
- 3 事業者は、利用者について隔離等により、その行動を制限する場合は医師の意見を聞き、恣意的な判断を避けるよう努めます。
- 4 事業者は、利用者について隔離等により、その行動を制限する措置をとった場合は、その措置をとるに至った経過、事業者内における検討の過程及び結果、医師の意見、利用者等に対する説明の概要等について記録し、その措置のあった日から少なくとも2年間は保管します。
- 5 隔離等により、その行動を制限した利用者については、早急に短期入所生活介護計画又は介護予防短期入所生活介護計画（以下「短期入所計画」という。）を見直し、以降同様の措置を講じないよう努めます。

(契約外条項)

- 第13条 法令並びにこの契約書に定めのない事項については、利用者と事業者の協議により定めることとします。

短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護

(契約書別紙兼重要事項説明書)

あなた（利用者）に対する短期入所サービスの提供開始にあたり、事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 施設の概要

事業所名	特別養護老人ホームうおの園	法人名	社会福祉法人魚野福社会
所在地	新潟県魚沼市原虫野 438 番地 4	電話番号	025 (792) 1096
		FAX 番号	025 (792) 2121
E-mail	uonoen@uonofukushikai.or.jp		
事業開始日	短期入所生活介護	H16. 4. 1 (1572300158)	
	介護予防短期入所生活介護	H18. 4. 1 (1572300158)	
入所定員	16 名+空床		
通常の送迎の実施地域	魚沼市 小千谷市 南魚沼市（大和地域） 北魚沼郡川口町		

2 設備の概要

敷地	6,310.00 m ²		
建物	構造	鉄筋コンクリート 3階建	
	延べ床面積	4,801.32 m ²	
居室	7ユニット（12人ユニット5 13人ユニット2） 全室個室 86室（夫婦部屋として一部利用可能）		
主な設備	設備名	2F	3F
	居室	13.21 m ² 以上	13.21 m ² 以上
	食堂/リビング	56.79 m ² /26.25 m ²	56.79 m ² /26.25 m ²
	特殊浴室	37.19 m ²	34.09 m ²
	個人浴室	7.75 m ²	10.85 m ²
	交流ホール	69.34 m ²	69.34 m ²
	リハビリホール	39.34 m ²	39.34 m ²
	地域交流スペース	1F	121.54 m ²

3 従業者の勤務体制

職員の概要 職員配置比率 (3:1)	施設長	1人以上	医師	嘱託
	生活相談員	1人以上	栄養士	1人以上
	看護・介護職員	29人以上（うち看護職員 3人以上）		
	機能訓練指導員	1人以上		

4 提供するサービスの内容

- ① 「短期入所サービス」は、事業者が設置する施設（事業所）に短期入所していただき、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るサービスです。
- ② 具体的なサービスの内容は、次のとおりです。

サービスの種類	サービスの具体的な内容
食費	お食事の時間 朝食 7:30~8:00 昼食 12:00~12:30 夕食 18:00~18:30 できるだけ離床し、食堂でお召し上がりください。 食べることのできないものやアレルギーがある場合は、できる限り対応しますので、遠慮なくお申し出下さい。 栄養士の立てる献立表により、あなたの身体の状況にあったお食事を提供します。
排泄	あなたの身体の状態に合わせて適切に排泄のお手伝いをします。 また、排泄の自立について適切に援助します。
入浴、清拭	週2日以上の入浴又は清拭を行います。
離床	寝たきり防止のため、毎日の離床に配慮し、お手伝いします。
着替え	生活のリズムを考慮し、お手伝いします。
整容	個人の人格を尊重し、適切な整容が行われるよう、お手伝いします。
シーツの交換	毎週行います。
機能訓練	原則としてリハビリホールで行いますが、施設内でのすべての活動が機能訓練のためのリハビリテーション効果を期待したものです。
健康管理	医師及び看護職員が、常に利用者の健康状況に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を講じます。
娯楽 社会生活上の便宜	施設での生活を実りあるものにする社会生活のため、適宜レクリエーション行事を実施します。 行政機関等に対して手続が必要となる場合は、あなたやその家族の状況に合わせてお手伝いします。
介護相談	あなたやあなたの家族等からの相談には誠実に応じ、できる限り援助します。

5 業務取扱い方針

- ① あなたの心身の状況やご家庭の環境を踏まえ、居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターの作成する「サービス計画」と、わたしたちの作成する「短期入所計画」に従い、自立した日常生活を送ることができるよう、短期入所サービスを提供します。

- ② わたしたちは、相当期間以上にわたり継続して利用することが予定される利用者について、短期入所計画を作成します。

6 提供するスタッフ

- 医 師…あなたのお身体の診察・診療を担当します。
生 活 相 談 員…あなたの施設での生活全般に関するご相談を担当します。
看 護 職 員…あなたの療養上のお世話を担当します。
介 護 職 員…あなたのお身体の介護を担当します。
機能訓練指導員…あなたの行う機能訓練の指導を担当します。
栄 養 士…あなたの食事の献立づくりや栄養管理等を担当します。

7 利用料金

① 利用者負担金

あなたがサービスを利用した場合、お支払いいただく利用者負担金は、以下のとおりです。

1 短期入所サービス費

(1) 基本利用料

厚生労働大臣が告示で定める金額

(2) その他の介護サービス料

厚生労働大臣が告示で定める金額

(3) 介護職員処遇改善加算

厚生労働大臣が告示で定める金額

※ (1)、(2)、(3) が改定又は変更になった場合は短期入所サービス費も自動的に改定されます。なお、その場合は書面にてお知らせいたします。

2 介護予防短期入所サービス費

(1) 基本利用料

厚生労働大臣が告示で定める金額

(2) その他の介護サービス料

厚生労働大臣が告示で定める金額

(3) 介護職員処遇改善加算

厚生労働大臣が告示で定める金額

※ (1)、(2)、(3) が改定又は変更になった場合は介護予防短期入所サービス費も自動的に改定されます。なお、その場合は書面にてお知らせいたします。

3 食事の提供に要する費用

食費	朝食	昼食	夕食	合計
	420 円	480 円	480 円	1,380 円

※介護保険負担限度額認定証に負担額が記載されている場合はその額

4 滞在に要する費用

利用者段階	第1段階	第2段階	第3段階	第4段階
金額（日額）	介護保険負担限度額認定証に記載されている額			1,500 円

5 その他の費用

内容	金額
利用者が選定する特別な食事の提供を行ったことに伴い必要となる費用	実費相当額
理美容料	実費相当額
利用者の希望によって提供する日常生活に必要な身の回りの品の費用	実費相当額
利用者の希望によって提供する日常生活に必要な教養娯楽費用	実費相当額
インフルエンザ予防接種に係る費用	実費相当額
外部のクリーニング店に取り次いだ場合の私物のクリーニング代	実費相当額
面会者等が居室に宿泊する場合の貸し布団代	1 組 100 円
利用者の希望により居室に家電を持ち込んだ場合の電気代	電気毛布・あんか 冷蔵庫等 1 点 30 円/日 その他 1 点 10 円/日

※上記に定めていない料金については、あらかじめご説明し、了解を得たものについてご負担していただきます。

② 支払い方法

口座引落	サービス利用月の翌月末日に申込口座より引き落とします。
銀行振込	サービス利用月の翌月末日までに下記の口座にお振り込み願います。 第四銀行 小出支店 普通預金 1301390 ㊦.ウオクカ 北越銀行 小出支店 普通預金 2016093 ㊦.ウオクカ ゆうちょ銀行 128 普通預金 3349067 シカイクソウジ ヲノクカ (郵便局から振込の場合) 11220 33490671 シカイクソウジ ヲノクカ
現金支払	サービス利用月の翌月末日までに現金にてお支払い願います。

8 サービスの中止

- ① あなたの都合によりサービスの利用を中止（キャンセル）する場合は、速やかに次の連絡先までご連絡ください。TEL 025-792-1096
- ② あなたの都合でサービスの利用を中止する場合であっても、キャンセル料はいただきません。

9 協力病院等

- ① 当事業所の協力医療機関及び協力歯科医療機関は次のとおりです。

協 力 病 院	名称	ほんだ病院
	所在地	新潟県魚沼市原虫野 433 番地 3
	連絡先	025-792-9550
	主な診療科	精神科 神経科 内科
協力歯科医療機関	名称	藤本歯科医院
	所在地	新潟県魚沼市古新田 179
	連絡先	025-792-7695

- ② あなたがサービスを利用しているときに病状が急変した場合その他必要な場合は、速やかにあなたの主治医又は協力医療機関へ連絡を行う等必要な措置を講じます。

10 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は、速やかに利用者の家族等、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11 非常災害対策

消防計画	届出日 平成 16 年 4 月 8 日			
消防訓練の実施	年 2 回			
近隣との協力体制	職員への自動通報 消防署への自動通報装置完備 近隣施設及び委託業者への協力要請			
非常災害設備	スプリンクラー	有	防火扉等	有
	非常階段	有	屋内消火栓	無
	自動火災報知器	有	非常通報装置	有
	誘導灯	有	漏電火災報知器	無
	消火器	有	非常用電源	有

1.2 個人情報の保護

当施設は、利用者等の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供又は収集いたしますが、個人情報の保護及び利用者の権利と尊厳を守り安全管理に配慮します。

利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新、変更のため
- (2) 入居者及び利用者に関わる介護計画（ケアプラン）、栄養ケア計画及び機能訓練計画等を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- (4) 入居者及び利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) 入居者及び利用者の利用する介護事業所内のカンファレンス等のため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) 外部監査機関、評価機関等が提供を求め事業者が必要と認めた場合
- (8) その他サービス提供で必要な場合
- (9) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者には漏らさない。
- (2) 個人情報について、開示・訂正・更新・利用停止・削除、第三者提供の停止等の申し出がある場合には、速やかに対応します。なお、訂正・更新等がある場合は、書面にて届出してください。

1.3 苦情相談窓口

- ① 当施設が提供するサービスに関する相談や苦情は、次の窓口で受け付けます。

窓口設置場所	事務室、各階ケアステーション
連絡先	TEL 025-792-1096 FAX 025-792-2121 E-mail uonoen@uonofukushikai.or.jp

- ② 当施設に対する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	連絡先（電話番号）
新潟県福祉サービス運営適正化委員会	025-281-5584
新潟県国民健康保険団体連合会	025-285-3022
長岡市福祉保健部介護保険課	0258-39-2245

魚沼市福祉課介護福祉室	025-792-9755
南魚沼市介護保険課介護保険係	025-773-6675
第三者委員（医療法人魚野会）	025-792-9550

1.4 サービスの利用に当たっての留意事項

来訪・面会	面会時間は8:30～19:00です。お訪ねになる場合は、面会時間を守り、その都度面会簿にお名前を記入してください。
外出	外出するときは、生活相談員又は利用されている階の職員にご相談ください。
居室、設備器具の使用	施設内の居室などの設備は、本来の使用法に従って使用してください。
喫煙・飲酒	個別の話し合いとさせていただきます。
迷惑行為	他の方と共同生活する施設です。騒音を立てるなど、他の利用者及び入居者の方の迷惑になる行為はおやめください。 また、他の居室にみだりに立ち入らないでください。
所持品管理	利用者の状況を考慮した対応となりますが、紛失した場合であっても当施設では責任を負うことができない場合もあります。
宗教活動 政治活動	施設内で他の利用者、入居者及び職員に対する宗教活動や政治活動は、ご遠慮ください。
動物飼育	施設内でのペットの飼育はご遠慮ください。また、面会などの際、連れ込むこともお断りします。
その他	施設内での他の利用者、入居者及び職員に対する営利行為は、ご遠慮ください。 体調の変化などでサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の居宅介護支援事業者又は、当事業所までご連絡ください。

1.5 衛生管理等

当施設は、入居者の使用する食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるとともに、医薬品及び医療用具の管理を適正に行います。

施設において感染症が発生し、またはまん延にしないように、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を定め、入居者の安全確保に努めます。

1.6 身体的拘束の適正化

当該利用者又は他の利用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、身体的拘束その他の利用者の行動を制限する行為を行いません。緊急やむをえな

い場合は施設全体で判断し、次の手続きにより行います。

- (1) 緊急カンファレンスを開催し、身体的拘束については最小限の範囲とし、利用者及び家族に説明し同意のもと行います。
- (2) 「身体拘束に関する説明書・経過観察記録」に身体的拘束にかかる態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得なかった理由を記録します。
- (3) 利用者又は家族に説明し、その他方法がなかったか改善方法を検討します。

1.7 介護職員によるたん吸引等について

- (1) 当施設は、平成 24 年 4 月から、「社会福祉士及び介護福祉士法」（昭和 62 年法律第 30 号）の一部改正により、一定の研修を受けた介護職員においては、一定の条件の下で、たんの吸引や経管栄養などの医療行為を実施できるようになりました。「介護職員等によるたんの吸引等の実施のための研修（不特定多数の者）」の基本研修を修了し知識を習得した介護職員が、指導看護師の指導のもと安全確保に万全を期して下記の実地研修を行うことがあります。

- 1) 口腔内のたん吸引
- 2) 鼻腔内のたん吸引
- 3) 気管カニューレ内部のたん吸引
- 4) 胃ろうによる経管栄養
- 5) 経鼻経管栄養

- (2) 当施設は、厚生労働省の通知（平成 22 年 4 月 1 日医政発 0401 第 17 号厚生労働省医政局長通知）を受け、入居者様に対する以下のケアの一部の行為を配置医、看護職員の指示のもと、看護職員と介護職員が協働して実施することとしています。

- 1) 口腔内（咽頭の手前まで）のたん吸引
- 2) 胃ろうによる経管栄養（栄養チューブ等の接続・注入開始を除く）

サービスの提供に先立って、上記のとおり説明しました。

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム うおの園
説明者
生活相談員

印

上記のとおり短期入所サービスに関する契約書及び契約書別紙兼重要事項説明書に同意し、契約します。

なお、この契約を証明するために、本契約書を2部作成し、利用者及び事業者の双方が記名押印のうえ、それぞれ1部ずつを保管します。

平成 年 月 日

利用者 ご住所

お名前 印

代理人 ご住所

(利用者の家族等)

お名前 印

身元引受人 ご住所

お名前 印

立会人 ご住所

お名前 印

(注)「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認し緊急時などに利用者の立場に立って事業者と連絡調整等を行われる方がいる場合に記載してください。なお、立会人は契約上の法的な義務等を負うものではありません。

事業者 住所 新潟県魚沼市原虫野 438 番地 4

事業者名 特別養護老人ホーム うおの園

代表者職・氏名 施設長 印