

宇和島市社会福祉協議会 宇和島介護保険事業所

利用契約書・重要事項説明書
個人情報利用に関する同意書

愛媛県指定事業所番号 3870300815

通所介護事業

利用契約書

____様（以下「利用者」という。）と社会福祉法人宇和島市社会福祉協議会（以下、「事業者」という。）は、事業者が利用者に提供するサービスについて、次のとおり契約（以下、「本契約」という。）を締結します。

（サービスの目的及び内容）

第1条 事業者は、介護保険法等の関係法令及び本契約に従い、利用者に対し可能な限り居宅において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、介護給付の対象となる通所介護サービスを提供します。

2 サービス内容の詳細は、「重要事項説明書」に記載のとおりです。

（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。ただし、契約期間満了の7日前までに利用者から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。

（個別サービス計画等）

第3条 事業者は、利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、利用者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」に沿って必要となるサービス種類ごとに「個別サービス計画」を作成し、これに従って計画的にサービスを提供します。「個別サービス計画」を作成した場合は、利用者に説明します。

2 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で、その変更が「居宅サービス計画（ケアプラン）」の範囲内で可能なときは、速やかに「個別サービス計画」の変更等の対応を行います。

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

（サービス提供の記録等）

第4条 事業者は、「サービス提供記録書」等の記録を作成した後5年間はこれを適正に保存し、利用者の求めに応じて閲覧に応じ、又は実費負担によりその写しを交付します。

（利用者負担金及びその滞納）

第5条 サービスに対する利用者負担金は、サービスごとに別紙に記載するとおりとします。なお、利用者負担金は関係法令に基づいて決められているものであるため、契約期間中に変更となった場合は、関係法令に従って改訂後の金額が適用されます。

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ヶ月分以上滞納した場合には、事業者は1ヶ月以上の期間を定めて、期間満了までに利用料を支払わない場合には契約を解除する旨の催告をすることができます。

3 前項の催告をしたときは、事業者は、居宅サービス計画を作成した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、居宅サービス計画の変更、

介護保険外の公的サービスの利用等について必要な調整を行うよう要請するものとします。

- 4 事業者は、前項に定める調整の努力を行い、かつ第2項に定める期間が満了した場合には、本契約を文書により解除することができます。

(利用者からの中途解約)

第6条 利用者は、本契約の有効期間中、本契約を解約することができます。この場合には、利用者は契約終了を希望する日の7日前までに事業者に通知するものとします。

(利用者からの契約解除)

第7条 利用者は、事業者もしくは従事者が以下の各項に該当する行為を行った場合には、本契約を解除することができます。

- (1) 事業者もしくは従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- (2) 事業者もしくは従事者が第11条に定める守秘義務に違反した場合
- (3) 事業者もしくは従事者が故意又は過失により利用者もしくはその家族等の身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

(事業者からの契約解除)

第8条 事業者は、利用者が以下の各項に該当する場合は、1ヶ月以上の期間を定め理由を示した文書で通知することにより、本契約を解除することができます。この場合、事業者は、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成した居宅介護支援事業所又は保険者である市町にその旨を連絡します。

- (1) 利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴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い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- (2) 利用者がサービス利用にあたって、重要事項説明書の「サービス利用に関する留意事項」が守られなかった場合
- (3) 利用者又はその身元引受人ないし家族、その他関係者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、事業者の事前の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが著しく困難となった場合
- (4) 利用者がサービス実施地域外に転居した場合

(契約の終了事由、契約終了に伴う援助)

第9条 次のいずれかの事由が発生した場合には、本契約は終了するものとします。

- (1) 利用者が死亡した場合
- (2) 利用者が介護保険施設や医療施設に1年以上入所又は入院した場合
- (3) 利用者が要介護認定を受けられなかった場合又は要介護認定により非該当又は要支援と認定された場合
- (4) 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- (5) 事業所が介護保険の指定を取り消された場合、又は指定を辞退した場合

(6) 第6条から第8条に基づき本契約が解約又は解除された場合

- 2 事業者は、前項一号を除く各号により本契約が終了する場合には、利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めるものとします。

(損害賠償責任)

第10条 事業者は、サービスの提供にあたって故意又は過失により、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、利用者に故意又は過失が認められ、かつ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場合には、損害賠償額を減ずることができるものとします。

- 2 事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

- (1) 利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴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ったことに専ら起因して損害が発生した場合

- (2) 利用者が、サービスの実施のため必要な事項に関する聴取、確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことに専ら起因して損害が発生した場合

- (3) 利用者の急激な体調の変化等、事業者が実施したサービスを原因としない事由に専ら起因して損害が発生した場合

- (4) 利用者が、事業者及び従業者の指示・依頼に反して行った行為に専ら起因して損害が発生した場合

(守秘義務等)

第11条 従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。

- 2 事業所は、その従業者が退職後においても、在職中に知り得た利用者又は利用者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。

- 3 事業所は、サービス担当者会議などにおいて、利用者の個人情報を用いる場合には、当該利用者の同意をあらかじめ文書により得るものとし、利用者の家族の個人情報を用いる場合には利用者の家族の同意書を得ます。ただし、家族の事情により同意書を得られない場合は、その限りではありません。なお、この守秘義務は、契約終了後も同様です。

(苦情対応)

第12条 利用者は提供されたサービスに苦情がある場合には、事業者、介護支援専門員、市町又は愛媛県国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

- 2 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにするとともに、苦情の申立て、又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に必要な対応を行います。

- 3 事業者は、利用者が苦情申立等を行ったことを理由として何らの不利益な取扱をすることはありません。

(協議事項)

第13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、利用者と誠意をもって協議するものとします。

(裁判管轄)

第14条 利用者と事業者は、本契約に関してやむを得ず訴訟となる場合には、利用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をあらかじめ合意します。

重要事項説明書

当事業所は、契約者に対して、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1. 事業者

法人名	社会福祉法人宇和島市社会福祉協議会
法人所在地	愛媛県宇和島市住吉町一丁目6番16号 宇和島市総合福祉センター
電話番号	0895-23-3711
代表者氏名	会長 廣瀬 孝子
設立年月日	平成17年8月1日

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定通所介護事業所
事業の目的	指定通所介護は、介護保険法令に従い利用者が、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、通所介護サービスを提供する。
事業所の名称	宇和島市社会福祉協議会 宇和島介護保険事業所 平成17年8月1日指定 愛媛県 第3870300815号
事業所所在地	愛媛県宇和島市住吉町一丁目6番16号 宇和島市総合福祉センター1階
電話番号	0895-23-3711（代表） 0895-23-3180（直通）
F A X 番号	0895-24-7889
管理者	
利用定員	30名
開設年月日	平成17年8月1日

3. 事業実施地域及び営業時間等

(1) 通常の事業実施地域

宇和島市の区域（ただし、離島を除く。）

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日 ただし、祝日及び12月29日から1月3日までを除く。
営業時間	午前8時15分～午後5時00分

サービス提供時間	午前 9 時 00 分～午後 4 時 00 分
----------	-------------------------

4. 職員の体制

当事業所では、利用者に対して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。

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	人員	職務の内容
管理者	1 名	事業所の従事者の管理及び業務を一元的に行う。
生活相談員	1 名以上	生活相談員は、利用者の生活相談・指導にあたる。
介護職員	4 名以上	利用者の介護及び利用者の送迎業務にあたる。
看護職員	1 名以上	看護師は、利用者の健康・心身状況を把握し、サービスの実施に支障がないか決定する。
機能訓練指導員	1 名以上	機能訓練指導員は、利用者に対し日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う。

5. 当事業所が提供するサービス

送迎	利用者の自宅から当事業所まで、送迎用特別車両又は乗用車にて送迎します。
食事	委託業者が調理した料理を事業所内にて盛付け提供します。利用者の自立支援のため、離床し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 午後 12 時）
入浴	従業者が付き添い、見守りのうえ入浴していただきます。寝たきりの場合でも特殊浴槽を使用して入浴する事ができます。利用者の体調等身体状況を考慮し、清拭を行う場合もあります。
排泄	利用者の排泄の介助を行います。
機能訓練	機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を営むのに必要な機能の回復またはその減退を防止するための訓練を実施します。
レクリエーション	利用者を楽しんでいただくため様々なレクリエーションをご用意しております。

6. 利用料金

(1) 介護保険の適用となるサービスについては要介護度に応じて以下の利用料がかかります。

料金は、法令により定められた金額です。負担割合につきましては、介護保険負担割合証をご確認ください。なお、法令の改正により変更されることがあります。

(単位：円)

時間	区分	利用料金	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
3 ～ 4 時間	要介護 1	3,700	370	740	1,110
	要介護 2	4,230	423	846	1,269
	要介護 3	4,790	479	958	1,437
	要介護 4	5,330	533	1,066	1,599
	要介護 5	5,880	588	1,176	1,764
4 ～ 5 時間	要介護 1	3,880	388	776	1,164
	要介護 2	4,440	444	888	1,332
	要介護 3	5,020	502	1,004	1,506
	要介護 4	5,600	560	1,120	1,680
	要介護 5	6,170	617	1,234	1,851
5 ～ 6 時間	要介護 1	5,700	570	1,140	1,710
	要介護 2	6,730	673	1,346	2,019
	要介護 3	7,770	777	1,554	2,331
	要介護 4	8,800	880	1,760	2,640
	要介護 5	9,840	984	1,968	2,952
6 ～ 7 時間	要介護 1	5,840	584	1,168	1,752
	要介護 2	6,890	689	1,378	2,067
	要介護 3	7,960	796	1,592	2,388
	要介護 4	9,010	901	1,802	2,703
	要介護 5	10,080	1,008	2,016	3,024
7 ～ 8 時間	要介護 1	6,580	658	1,316	1,974
	要介護 2	7,770	777	1,554	2,331
	要介護 3	9,000	900	1,800	2,700
	要介護 4	10,230	1,023	2,046	3,069
	要介護 5	11,480	1,148	2,296	3,444

(単位：円)

加算内容	加算額	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
入浴介助加算 (I) ※1	400 /回	40 /回	80 /回	120 /回
サービス提供体制加算 (I) ※2	220 /回	22 /回	44 /回	66 /回
介護職員等処遇改善加算 (I ロ) ※3	1ヶ月の利用料金に対して12.0%加算			

※1 入浴サービスをご希望される場合の加算。

※2 介護福祉士等の有資格者の配置による加算。

※3 介護職員の処遇改善を図る目的での加算。

(2) 介護保険以外の実費負担として下記の料金をいただきます。

① 通常の事業の実施地域を越えて行う送迎費用

通常の事業の実施地域を越えた地点から片道20km未満・・・無料

通常の事業の実施地域を越えた地点から片道20km以上・・・500円

② 食事代

食事の提供に要する費用については、1食550円をいただきます。

③ おむつ代

使用した場合の実費

④ 複写物の交付

利用者の希望によりサービス提供の記録の複写物を希望される場合は1枚当たり
10円 (閲覧は無料)

⑤ その他

レクリエーションで、材料費をいただく場合があります。

※ 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、変更の内容と、変更する事由について、2ヶ月前までにご説明します。

7. 支払方法

前項(1)利用者負担額については、1ヵ月ごとに計算し、ご請求させていただきます。請求書は翌月15日までにお届け又は郵送いたします。

支払方法につきましては、以下の方法によりお支払いください。

◆指定口座からの自動振替

利用可能な金融機関は「ゆうちょ銀行」「伊予銀行」「愛媛銀行」「宇和島信用金庫」「えひめ南農協」「四国労働金庫」の6箇所となっております。それ以外の金融機関は利用できませんので、注意してください。

※自動振替は毎月20日(土・日・祝日の場合は翌日)に引き落としされます。領収書は引落確認後、次月請求書と一緒に発行いたします。

また、上記以外の実費負担分(前項(2・3))につきましては、その都度現金でお支払いください。

※介護保険料の未払い等で、保険負担分が償還払いとなる場合は、全額自己負担していただいた上で、サービス提供証明書を発行いたします。

8. サービス利用の中止・変更

利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止または変更することができます。この場合にはサービスの実施予定日の前日までにお申し出ください。

利用予定日の前日までにお申し出がなく、当日になって利用の中止をされた場合、キャンセル料として当日の利用予定相当額をお支払いいただく場合があります。ただし、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。

サービス利用の変更の申し出に対し、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提供ができない場合は、他の利用可能日時を提示する等、調整・協議します。

9. サービス利用に関する留意事項

- (1) 利用者の体調の変化があった際には事業所の従業員にお知らせください。
- (2) 利用者は、事業所内の機械及び器具を利用される際、必ず従業員に声をかけてください。
- (3) 事業所内での金銭及び食物等のやりとりは、ご遠慮ください。
- (4) 所定の場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- (5) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方の迷惑にならないようお願いします。

(6) 従業員の禁止行為

従業員はサービスの提供にあたって次に該当する行為は行いません。

- ① 医療行為又は医療補助行為（法令により禁止）
- ② 利用者もしくはその家族等からの物品の授受
- ③ 利用者又はご家族の預貯金通帳、証書、書類などの預かり

(7) 利用者等の禁止行為

利用者はサービスの提供を受けるにあたり、次に該当する行為は固くお断りします。

- ① 従業員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
- ② 従業員に対する精神的暴力
（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）
- ③ 従業員に対して必要以上に時間を拘束する行為
- ④ 従業員に対するセクシュアルハラスメント
（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の欲求等、性的ないやがらせ行為）

10. 緊急時における対応

サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合、速やかに主治医及び家族に連絡を行うとともに、必要な措置をとります。

11. 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、速やかに市町、利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業所等に連絡するとともに、必要な措置をとります。

12. 非常災害対策

- (1) 事業所に非常災害が発生した場合における利用者の安全の確保のための体制、避難の方法等を定めた計画を作成し、事業所の見やすい場所に掲示いたします。

- (2) 非常災害時の関係機関への通報及び関係機関との連携の体制並びに利用者を円滑に避難誘導するための体制を整備し、定期的にこれらの体制について従業者及び利用者に周知するとともに、避難、救出等の必要な訓練を実施します。

13. 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
(2) 感染症及び災害に係る研修を定期的（年1回以上）に行います。
(3) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

14. 衛生管理等

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
(2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
(3) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
(4) 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
(5) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

15. 職場におけるハラスメントの防止について

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

16. 人権擁護と虐待防止について

当事業所では、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	[管理者]
-------------	-------

- (2) 虐待防止のための指針を整備しています。
(3) 成年後見制度の利用を支援します。
(4) 苦情解決体制を整備しています。
(5) 身体拘束適正化のための指針を整備しています。
(6) 従業者に対する虐待防止・身体拘束適正化の委員会及び啓発するための研修を定期的に行います。
(7) 従業者が支援にあたっての悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
(8) サービス提供中に、当事業所の従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待や身体拘束を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村等に通報します。

17. 記録の整備について

事業所は、従業者、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備し、サービスの提供に関する次の各号に掲げる記録を整備し、その完結日から5年間保存します。

- (1) 個々の利用者ごとに次の各号に掲げる通所介護の提供に関する記録

① 通所介護計画

② 提供した具体的なサービスの内容等の記録

- (2) 市町への通知に係わる記録
- (3) 苦情の内容等の記録
- (4) 事故の状況及び事故に際して行った処置についての記録

18. 苦情の受付について

- (1) 当事業所における苦情やご相談は、下記で受け付けます。

窓口担当者	[管理者]
苦情解決責任者	[管理者]
電話番号	0895-23-3711 (代表) 0895-23-3180 (直通)
受付時間	平日 (月曜日～金曜日) 午前8時15分～午後5時00分

- (2) その他

当事業所以外に、下記の相談・苦情窓口等に苦情申立を行うことができます。

◆宇和島市役所高齢者福祉課

電話番号	0895-24-1111
FAX番号	0895-24-1126
受付時間	平日 (月曜日～金曜日) 午前8時30分～午後5時15分

◆愛媛県国民健康保険団体連合会 業務管理課 介護保険担当

電話番号	089-968-8700
FAX番号	089-968-8717
受付時間	平日 (月曜日～金曜日) 午前8時30分～午後5時15分

19. 第三者評価の実施状況

昨年度の実施なし

サービス利用に係る個人情報の利用に関する同意書

居宅介護サービスを受けるために必要な私個人及び家族・代理人の情報を、居宅介護支援事業者及び居宅介護サービス事業者が利用することについて同意します。

【個人情報の利用目的】

当事業所では個人情報を業務上必要な範囲において利用します。下記、目的以外には利用しません。

記

- ①利用者に提供する介護サービス
- ②サービス利用料請求のための事務
- ③当法人の行う管理運営業務（会計・経理・事故報告・サービスの質向上等）
- ④他の医療機関・介護機関との連携
- ⑤家族等への状況説明
- ⑥行政機関等、法令に基づく照会・確認
- ⑦賠償責任保険等に係わる専門機関、保険会社への届出、相談
- ⑧その他公益に資する運営業務
（基礎資料の作成、研修等での症例発表、学生等の実習への協力、職員研修等）

以上

事業所より上記の契約・重要事項の内容及び個人情報の利用の説明を受け、サービス提供開始に同意いたしました。

並びに事業所より上記の契約・重要事項の内容及び個人情報利用の説明行いました。

以上の契約及び同意を証するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者が記名押印の上、各1通を保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

事業者	住 所	宇和島市住吉町一丁目6番16号	
	事業所名	社会福祉法人宇和島市社会福祉協議会	
	代表者名	会 長 廣瀬 孝子	印
	説 明 者	[職名]	印

利用者	住 所	
	氏 名	印
	電 話	

※代理人を選任する場合は、利用者の押印は不要

利用者家族	住 所	
	氏 名	印
	電 話	

代理人	住 所	
	氏 名	印
	電 話	
	本人との続柄	
	署名代行理由	