

短期入所生活介護
特別養護老人ホーム海の里
利用契約書

利用者氏名 _____ 様

社会福祉法人 海の里

短期入所生活介護契約書

_____（以下「利用者」という。）と社会福祉法人海の里（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について、次のとおり契約します。

第1条（契約の目的）

事業者は、利用者に対し介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限りその居宅において、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短期入所生活介護事業所を提供し、利用者は事業者に対しそのサービスに対する料金を支払います。

第2条（契約期間）

- 1 この契約の契約期間は、令和 年 月 日から利用者の要介護認定の有効期間満了日まで（令和 年 月 日）とします。
- 2 但し、契約期間満了の2日前までに契約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。

第3条（短期入所生活介護計画）

- 1 事業者は、利用者の利用期間が4日間以上の場合、利用者の日常生活の状況及び希望を踏まえて、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）に沿って、「短期入所生活介護計画」を作成します。事業者はこの「短期入所生活介護計画」の内容を利用者及びその家族に説明します。
- 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「短期入所生活介護計画」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を行います。

第4条（短期入所生活介護の内容）

- 1 事業者は利用者の希望、状況等に応じて、また「短期入所生活介護計画」が作成されている場合には当該計画に沿って、利用者に対し入浴、排泄、食事、その他介護保険法令の定める必要な援助を提供します。
- 2 利用者が介護保険給付対象サービスとして利用できるサービスは、入浴、排泄、食事等の介護、機能訓練、健康管理及び療養上の世話とします。
- 3 事業者はサービス提供にあたり、利用者または他の入所者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、次のような方法等による身体拘束を行いません
 - ① 車いすやベッドに胴や四肢を縛る、上肢を縛る。
 - ② ミトン型の手袋をつける。
 - ③ 腰ベルトやY字型拘束帯をつける。
 - ④ 介護衣（つなぎ）を着せる。
 - ⑤ 車いすテーブルを常時つける。
 - ⑥ ベッド柵を4本つける。
 - ⑦ 居室の外から鍵をかける。
 - ⑧ 向精神薬を過度に使用する。

第5条（サービス提供の記録等）

- 1 事業者は、サービス提供に関するケース記録（処遇記録）を作成し、契約終了後5年間保存します。
- 2 利用者は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関する1項のケース記録を閲覧できます。また、希望する場合はケース記録の複写物の交付を受けることができます。

第6条（料金）

- 1 利用者は、サービスの対価として重要事項説明書に定める利用単位ごとの料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払います。
- 2 事業者は、当月の料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月10日までに利用者へ通知します。
- 3 利用者は、当月の料金の合計額を翌月20日までに支払います。
- 4 事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者へ領収書を発行します。

第7条（契約の終了）

- 1 利用者は、現にサービスを利用している期間を除き、事業者に対して文書で通知することによりいつでもこの契約の解約することができます。
- 2 次の事由に該当した場合、事業者は利用者に対して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。
 - ① 利用者のサービス利用料金の支払いが正当な理由なく3ヶ月以上遅滞し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合。
 - ② 利用者が事業者やサービス従事者又は他の入所者に対して、この契約を継続し難いほどの重大な背信行為を行った場合。
- 3 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 利用者が介護保険施設や医療施設に入所又は入院した場合
 - ② 利用者の要介護認定区分が自立と認定された場合
 - ③ 利用者が死亡もしくは被保険者資格を喪失したとき。

第8条（秘密保持）

- 1 事業者及び事業者の使用するものは、サービス提供をする上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。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- 2 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者およびその家族の個人情報を用いません。

第9条（損害賠償）

事業者は、サービスの提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合は、その損害を賠償します。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合は、この限りではありません。

第10条（賠償責任）

事業者はサービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

第11条（苦情処理）

事業者は、その提供したサービスに関する契約者又は利用者からの苦情に対して、苦情を受け付ける窓口を設置して適切に対応するものとします。

第12条（本契約に定めのない事項）

- 1 利用者及び事業者は、信義誠実を持ってこの契約を履行するものとします。
- 2 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に従い、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

第13条（裁判管轄）

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者及び事業者は、高知地方裁判所を第1審管轄裁判所とすることを予め合意します。

以上（本文終了）

短期入所生活介護事業所重要事項説明書

1. 施設の概要

施設名	特別養護老人ホーム 海の里
所在地	高知県高知市仁井田1618-18
管理者名	施設長 難波 自
電話番号	088-847-7878（FAX）088-847-1331
事業者指定番号	高知県指定 第3970100115号

2. 設備の概要

定員		16名	
居室	個室	16室	1室平均10.25㎡
	2人部屋	0室	1室平均19.77㎡
	4人部屋	0室	1室平均72.84㎡
食堂		2室	317.89㎡
機能訓練室		2室	[主な設置機器]平行棒、その他
浴室		2室	一般浴槽と機械浴・特殊浴槽があります。
医務室		1室	

3. 職員の配置状況

(1) 主な職員の配置状況

職種	常勤	非常勤	計
管理者	1		1名
医師		2	2名
生活相談員	3		3名
管理栄養士	2		2名
機能訓練指導員	1		1名
介護支援専門員	1		1名
事務職員	3		3名
看護職員	5	1	6名
介護職員	34	5	37名

(2) 主な職種の勤務体制

職種	勤務体制
医師	毎週木曜日 14:00～17:00
生活相談員	毎日 8:30～17:30

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	4名
	日中 :	9 : 00 ~ 18 : 00	5名
	日中 :	10 : 00 ~ 19 : 00	5名
看 護 職 員	夜間 :	16 : 30 ~ 9 : 30	4名
	標準的な時間帯における最低配置人員		
	早朝 :	8 : 00 ~ 17 : 00	2名
機能訓練指導員	日中 :	9 : 00 ~ 18 : 00	2名
	毎日	8 : 30 ~ 17 : 30	

※土日は上記と異なります。

(3) 職員の研修体制

職員の資質の向上を図るため、下記のとおり研修を行っています。

- ①採用時研修 採用後6ヶ月以内 ②継続研修 年1回

4. サービスの内容及び利用料金

(1) 当施設が提供する介護サービス

<サービスの内容>

種 類	内 容
居 室	・ 清潔な寝具、ベッドを整えた居室をご用意しています。
食 事	・ 管理栄養士の栄養ケアマネジメントに基づき、利用者の身体の状況に合わせた食事形態、及び嗜好を考慮した食事を提供します。 ・ 医師の指示による治療食を提供することができます。 ・ 食事は食堂でとっていただけるよう援助します。食事の席は利用者の希望を聞きできるだけ配慮できるようにします。 ・ 食事時間は利用者の状態や希望により変更する事ができます。 朝食 : 7 : 30 ~ 昼食 : 12 : 00 ~ 夕食 : 18 : 00 ~
排 泄	・ 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行います。できるだけトイレで排泄できるように援助し、必要な方にはポータブルトイレなど設置します。 ・ おむつを使用する方には、利用者の排泄状況に合わせた交換を実施します。
入 浴	・ 利用者の状態や希望により、一般浴、個別浴、椅子式機械浴、特殊浴などで週2回ペースの入浴を実施します。 ・ 体調不良で入浴できない場合は、清拭、部分浴で対応します。
機能訓練	・ 機能訓練指導員の指導の下、機能訓練が必要な利用者に機能の維持回復のための訓練（生活リハビリも含む）を実施します。
健康管理	・ かかりつけ医師と連携し、看護職員が健康管理を行います。夜間も必要な時には看護職員が対応できる体制になっています。
そ の 他	・ 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、適切な整容が行われるよう援助します。 ・ 生き生きとその人らしく生活できるよう個別ケアに取り組んで行きます。

上記のサービスは居住費、食費を除き通常8割もしくは9割が介護保険から給付されます。

＜サービス利用料金＞

介護サービスを利用する場合は、1日あたり下記の自己負担額をお支払いいただきます。

要 介 護 度		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サ ー ビ ス 費		6,410 円	7,210 円	7,940 円	8,640 円	9,330 円
上記サービス費に係る自己負担額	(1割)	652 円	721 円	794 円	864 円	933 円
	(2割)	1,304 円	1,442 円	1,588 円	1,728 円	1,866 円
	(3割)	1,956 円	2,163 円	2,382 円	2,592 円	2,799 円
居室に係る自己負担額	従来型個室	1,231 円				
	多床室	915 円				
食事に係る自己負担額		1,550 円 (朝 340、昼 630、夕 580円)				
介護職員処遇改善加算		14%				

(従来型個室)

自己負担額合計	(1割)	3,524 円	3,603 円	3,686 円	3,766 円	3,845 円
	(2割)	4,268 円	4,425 円	4,591 円	4,751 円	4,908 円
	(3割)	5,011 円	5,247 円	5,496 円	5,736 円	5,972 円

(多床室)

自己負担額合計	(1割)	3,208 円	3,287 円	3,370 円	3,450 円	3,529 円
	(2割)	3,952 円	4,109 円	4,275 円	4,435 円	4,592 円
	(3割)	4,695 円	4,931 円	5,180 円	5,420 円	5,656 円

※サービス費には、機能訓練体制加算 120円(自己負担額 12円)、サービス提供体制強化加算Ⅰ 220円(自己負担額 22円)、夜勤職員配置加算Ⅲ 150円(自己負担額 15円)を含んでいます。

※介護職員処遇改善加算は月のサービス費の合計額に14%を乗じた金額になります。

※他に次の体制加算が算定されます。生産性向上推進体制加算Ⅱ 100円 (自己負担額 10円)

※また、該当する場合は次の加算が追加になります。

送迎費用(片道) 1,840 円 (自己負担額 184円) 療養食加算 80 円/回 (自己負担 8 円)

※他にも緊急短期入所受入加算 90円、認知症行動・心理症状緊急対応加算 200 円、若年性認知症受入加算120円、在宅中重度受入加算425円、口腔連携強化加算50円

※居室と食事にかかる費用について、負担限度額認定を受けている場合には、認定証に記載している負担限度額とします。

(2) (1)以外のサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

種 類	内 容	利 用 料 金
理髪・美容	[理髪・美容サービス] 週に1回、理容師、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。	料金は別途必要です。

※美容サービスは不定期にボランティア活動があります。

(3) 利用料金の支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、利用の翌月10日までに請求しますので、20日までに下記のいずれかの方法でお支払いください。

- | |
|--|
| ①窓口で現金払い |
| ②銀行振込 四国銀行 三里支店 普通預金 口座No.0444478
社会福祉法人海の里 理事長 中谷裕（ナカタニユウ） |
| ③口座引き落とし（ご利用できる金融機関：四国銀行、ゆうちょ銀行） |

※保険料の滞納などにより、市町村から保険給付金が支払われない場合は、一旦利用料金（10割）をいただき、サービス提供証明書を発行します。サービス提供証明書を後日高知市の窓口に出しますと、利用料金と自己負担額との差額の払い戻しを受けることができます。

5. 当施設の運営方針

利用者の生活に総合的に関わり、入所者個々の意志、人間性を尊重し、利用者個々のADLにあった処遇を心がける。また、入所者の健康状態を常に把握し、かつ、嘱託医との連携を密にして疾病の予防とともに心身の健康保持と機能回復に努める。

6. 営業日及び予約の方法

営業日	施設の利用に際して休日は設定しておりません。 申込受付：月～金曜日 8:30～17:00（土、日、祝休日）
予約の方法	申込書を提出後、面接させていただきます。

7. 協力医療機関及び協力歯科医療機関

医療機関の名称	海里マリン病院
所在地	高知市仁井田1617-5（Tel 088-847-0101）
診療科	整形外科 内科 外科 眼科 放射線科 リハビリテーション科
歯科医療機関の名称	さんさんクリニック
所在地	高知市鷹匠町1丁目1番8号（Tel 088-824-8241）

8. 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情、権利擁護や虐待などについては、次の窓口で対応いたします。

当施設苦情受付窓口	電話番号 088-847-7878 FAX番号 088-847-1331
	生活相談員 河邊 優依
	対応時間 平日 8:30～17:30 年末年始は年間カレンダーによる

(2) 日々の小さな苦情に迅速に対応するため、施設職員ではない第三者の介護相談員を設置しています。

第三者委員 （介護相談員）	北川 雅洋 電話番号
	中澤 芳美 電話番号
	対応時間 平日 10:00～15:00 年末年始は年間カレンダーによる

(3) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申立てができます。

高知市介護保険相談窓口 介護保険担当課	所在地	高知市本町5丁目1番45号
	電話番号	088-823-9972
	FAX番号	088-824-8390
	対応時間	午前8時30分から午後5時15分
高知県国民健康保険団体 連合会（国保連）	所在地	高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号	088-820-8410・8411
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	午前9時00分から午後4時00分

9. 虐待に対する対応

サービス提供中に、当該事業所従業者や養護者などによる虐待と思われる行為を発見した場合は速やかに市町村へ通報します。

事業所は、利用者の人権擁護・虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し入職時及び年1回研修を行っています。

10. 事故防止と事故発生時の対応

- (1) 事故を未然に防ぐため、事故防止マニュアルを定め職員一人一人が安全に留意し、入所者が安心してサービスを受けられるよう施設全体で取り組んでいます。
- (2) 事故発生時は、速やかに家族に連絡する緊急連絡体制を整えています。
- (3) 事故が発生した場合、居宅支援事業者、高知市に連絡を行い必要な措置を講じます。
- (4) 社会福祉施設総合保障制度に加入し、事故の補償に備えています。

11. ハラスメント対策

事業所は利用者により良いサービスを提供出来るように、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にハラスメントの防止に向けて取り組んでいます。

サービスの利用にあたり次に掲げることに関してご留意いただきます。

- (1) 職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) 職員に対する精神的暴力：尊厳や人格を言葉や態度により傷つける、貶めたりする行為。
- (3) 職員に対するセクシャルハラスメント：意に添わない性的な誘いかけ、好意的態度の要求。性的な嫌がらせ行為等。

12. 施設利用にあたっての留意事項

面会	来訪者は、1階受付の面会簿にご記入ください。 面会時間 9:00～20:00
外出	外出される場合には、事前に書面にてお申し出ください。
居室、設備、器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。 これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただくことがあります。
喫煙	決められた場所及び時間で喫煙することとします。
迷惑行為等	他の入所者への騒音、汚損等の迷惑行為又は安全管理の観点から職員の指示・助言に従わない行為については禁止させていただきます。
金銭、貴重品の管理	原則として入所者自身による管理とします。
所持品の持ち込み	私物の管理は原則として入所者自身が管理することとする。

宗教活動	布教活動や勧誘はご遠慮ください。
------	------------------

13. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無
-------	---

14. 法人の概要

名称 ・ 法人種別	社会福祉法人 海の里
代表者氏名	理事長 中谷 裕
本社所在地 ・ 電話	高知県高知市仁井田1618-18 (TEL 088-847-7878)
設立年月	平成6年11月4日
事業所数	8

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

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 _____ 印

(代理人) 住所

氏名 _____ 印

(本人との続柄 _____)

事業者 所在地 高知市仁井田1618-18

事業所名 社会福祉法人 海の里

代表者氏名 理事長 中谷 裕 印

【説明確認欄】

令和 年 月 日

短期入所生活介護契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地 高知市仁井田1618-18

事業者名 社会福祉法人 海の里

説明者 _____ 印

居住費・食費の補足給付（特定入所者介護サービス費）について

該当する利用者負担段階に応じて、居住費及び食費の負担限度額が定められ、実際に要した居住費及び食費との差額が補足給付（特定入所者介護サービス費）として支給されます。（特別養護老人ホーム、短期入所のみ対象。通所介護事業所は負担軽減の対象になりません）

なお、住所地がある保険者（市町村）に申請し、認定を受ける必要があります。

1日あたりの利用者負担段階別負担限度額

（ ）内は31日換算

利用者負担		居住費 多床室	居住費 個室	食費
第1段階	生活保護受給者 住民税世帯非課税者で老齢福祉年金受給者	0 円 (0 円)	380 円 (11,780 円)	300 円 (9,300 円)
第2段階	住民税世帯非課税者で 【合計所得金額＋課税年金収入額】80万円以下	430 円 (13,330 円)	480 円 (14,880 円)	390 円 (12,090 円)
第3段階	住民税世帯非課税者で ①【合計所得金額＋課税年金収入額】80万円超 ②【合計所得金額＋課税年金収入額】120万円超	430 円 (13,330 円)	880 円 (27,280 円)	① 650円 (20,150 円) ② 1,360円 (42,160 円)

社会福祉法人による利用者負担軽減制度

利用者負担額の約1／4が軽減されます。今までの減免制度より収入要件が緩和され、単身世帯の場合年間収入が150万円以下の場合対象になります。他にも要件がありますので詳しくは、生活相談員までお問い合わせ下さい。

高額介護サービス費

1月あたりの負担限度額（居住費・食費等は除く）

第1段階	15,000 円
第2段階	15,000 円
第3段階	24,600 円
第4段階	44,400 円