

養護老人ホーム 千松園

外部サービス利用型（指定介護予防）
指定特定施設入居者生活介護
重要事項説明書・利用契約書

利用者

様

社会福祉法人 海の里
外部サービス利用型特定施設
養護老人ホーム 千松園

令和7年4月1日 改定版

◎外部サービス利用型(指定介護予防)指定特定施設入居者生活介護

《重要事項説明書》

当事業所は、養護老人ホーム千松園の入居者で介護保険の利用者に対して、外部サービス利用型(指定介護予防)指定特定施設入居者生活介護を提供します。提供にあたり、当事業所の概要や提供されるサービスの内容等、重要事項及びご注意頂きたいことを次のとおり説明します。

尚、当サービスの利用は、原則として介護認定の結果「要支援」又は「要介護」と認定された方が対象となります。

1. 事業所経営法人

- | | |
|-------------|---------------------------------------|
| (1) 法人名称 | 社会福祉法人 海の里 |
| (2) 法人所在地 | 高知市仁井田 1618-18 |
| (3) 電話番号 | TEL : 088-847-7878 FAX : 088-847-1331 |
| (4) 理事長 | 中谷 裕 |
| (5) 法人設立年月日 | 平成 6 年 11 月 8 日 |

2. 事業所の概要

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| (1) 事業所名 | 外部サービス利用型特定施設 養護老人ホーム千松園 |
| (2) 所在地 | 高知県高知市十津 2 丁目 12-1 |
| (3) 管理者名 | 施設長 梶西 智宏 |
| (4) 入居定員 | 80 名 |
| (5) 電話番号 | TEL : 088-847-0609 FAX : 088-847-5342 |
| (6) 指定番号 | 高知県 3970102459 号 |
| (7) 受託居宅サービス事業所(以下、「外部サービス事業所」という)の紹介 | |

① 訪問介護事業所

- | | |
|--------|---------------------------------------|
| 事業所の名称 | ホームヘルプステーション 千松園 |
| 事業所の種類 | 指定訪問介護(指定介護予防訪問介護)事業 |
| 指定番号 | 高知県 3970103341 号 |
| 開設年月日 | 平成 20 年 5 月 1 日 |
| 事業所の住所 | 高知市十津 2 丁目 12-1 |
| 電話番号 | TEL : 088-847-0808 FAX : 088-847-5342 |

② 訪問看護事業所

- | | |
|--------|---------------------------------------|
| 事業所の名称 | 訪問看護ステーション 海の里 |
| 事業所の種類 | 指定訪問看護事業 |
| 指定番号 | 高知県 3960190290 号 |
| 開設年月日 | 平成 15 年 6 月 1 日 |
| 事業所の住所 | 高知市仁井田 1618-3 |
| 電話番号 | TEL : 088-847-8080 FAX : 088-847-7201 |

- ③ 通所介護事業所
事業所の名称 通所介護事業所 なぎさ
事業所の種類 指定通所介護事業
指定番号 高知県 3970100115 号
開設年月日 平成 7 年 11 月 1 日
事業所の住所 高知市仁井田 1618-18
電話番号 TEL : 088-847-1881 FAX : 088-847-1331
- ④ 通所リハビリテーション事業所
事業所の名称 介護老人保健施設シルバーマリン 通所リハビリテーション
事業所の種類 指定通所リハビリテーション事業
指定番号 高知県 3950180038 号
開設年月日 平成 5 年 4 月 1 日
事業所の住所 高知市仁井田 1612-21
電話番号 TEL : 088-847-0002 FAX : 088-847-4301
- ⑤ 福祉用具貸与事業所
事業所の名称 篠原化学薬品株式会社
事業所の種類 指定福祉用具貸与事業
指定番号 福祉用具貸与 3970100206 号
事業所の住所 高知市南御座 9-41
電話番号 TEL : 088-882-5000 FAX : 088-882-5152
- ⑥ 通所リハビリテーション事業所
事業所の名称 さんさんクリニック
事業所の種類 指定通所リハビリテーション事業
指定番号 高知県 3910117054 号
開設年月日 平成 12 年 4 月 1 日
事業所の住所 高知市鷹匠町 1 丁目 1 番 8 号
電話番号 TEL : 088-822-5531 FAX : 088-822-5532
- ⑦ 福祉用具貸与事業所
事業所の名称 株式会社トーカイ
事業所の種類 指定福祉用具貸与事業
指定番号 福祉用具貸与 3970104919 号
事業所の住所 高知市南久保 14 番地 10 号
電話番号 TEL : 088-885-6511 FAX : 088-885-5943
- ⑧ 福祉用具貸与事業所
事業所の名称 株式会社翼高知
事業所の種類 指定福祉用具貸与事業
指定番号 福祉用具貸与 3970103820 号
事業所の住所 高知市介良乙 1027 番地コーポ和 1F
電話番号 TEL : 088-860-1665 FAX : 088-860-1653
- ⑨ 福祉用具貸与事業所
事業所の名称 有限会社オフィスウエハラケアカンパニー
事業所の種類 指定福祉用具貸与事業
指定番号 福祉用具貸与 3970101477 号
事業所の住所 高知市高見町 192-5
電話番号 TEL : 088-805-1060 FAX : 088-805-1061

3. 施設設備の状況

- (1) 建物 ①耐火構造 (養護老人ホーム千松園) 3,106.81 m²
 ②簡易耐火構造(救護施設浦戸園と共用) 437.07 m²
 合計面積 3,543.88 m²
- (2) 居室 ①個室 48室 502.38 m² 1人当たり面積 10.46 m²
 ②2人部屋 16室 234.34 m² 1人当たり面積 7.32 m²
- (3) 設備

設備内容	室数	床面積	設備内容	室数	床面積
居室	64	736.72 m ²	調理室	1	50.30 m ²
静養室	1	10.40 m ²	事務室	1	25.73 m ²
食堂	1	171.84 m ²	宿直室	1	11.54 m ²
集会室	1	229.99 m ²	寮母室	1	34.88 m ²
浴室	2	46.54 m ²	面接室	1	12.86 m ²
洗面所	7	55.38 m ²	洗濯室	1	33.69 m ²
便所	17	96.77 m ²	汚物処理室	6	36.42 m ²
医務室	1	21.32 m ²	霊安室	1	17.44 m ²

4. 職員の配置状況

職種	配置基準(人)	職員(人)
管理者	1	左記配置基準以上の人数
看護職員	1	
生活相談員	1	
計画作成担当者	1	
介護職員(支援員)	8	
医師	—	
栄養士	—	

- ※ 配置基準数 生活相談員 → 100 : 1 (常勤)
 介護職員(支援員) → 10 : 1 (要支援者に対しては 30 : 1)
 計画作成担当者 → 1名以上 (100 : 1 を標準とする常勤)

5. 事業の目的と運営方針

- (1) 当事業所は利用者の施設生活に総合的に関わり、利用者個々の意思及び人間性を尊重し、当事業所の職員による利用者の日常生活動作の自立・介護予防を目指した介護サービスの計画作成「特定施設サービス計画」並びに、利用者の安否の確認、利用者の生活相談等を行い、外部委託サービス事業所からの介護(看護)職員による入浴・排泄・食事等の介護その他、日常生活上で必要とするサービスの提供を計り、利用者本人にとって本来の生活が営めることを目的とします。
- (2) 当事業所は介護又は介護予防等「特定施設サービス計画」に基づき、「外部サービス事業所」からのサービスが適切かつ円滑に提供できるように努め、利用者が有する能力を発揮して安心で安全な自立生活を営むことができるよう、安定的・継続的な事業運営に努めます。

6. サービス提供の内容

種 類	主たるサービス内容
安否確認	・日常生活において、職員による定期的な巡回確認を行います。
食 事	・栄養士が立てた献立により、栄養・嗜好・健康に配慮した食事を提供します。 ・毎食、基本的に離床して食堂内で摂っていただけるよう配慮します。 ・食事時間（朝食 7:30～8:30）（昼食 12:00～13:00）（夕食 17:30～18:30）
排 泄	・自立に向けた援助を基本とし、個々の状況に応じた適切な介助を行ないます。 ・オムツ交換及び排泄誘導等、個別の排泄サイクルに応じて定期的に行ないます。
入 浴	・週 2 回以上の入浴又は清拭を行ないます。
生活環境	・定期的なリネン類の交換及び清掃による、清潔で快適な居室を提供します。 ・個人を尊重した生活リズムを基本に、規則正しい健康生活を支えます。 ・整容及び衣類（洗濯・交換・補修）にも配慮し、社会性を保ちます。
機能訓練	・日常生活動作について、事故予防・回復・維持・向上の為に訓練を実施します。
健康管理	・医師と看護職員を中心に健康管理を行ないます。 ・医師の指示の下に服薬管理を行う場合、必要に応じて支援を行ないます。 ・病院受診の際は、基本的に職員が送迎します。
そ の 他	・生活に対する不安や要望など、ご相談に応じて対応します。 ・施設行事計画に基づき、レクリエーション等を定期的に企画、実施します。 ・行政等への事務手続きが必要な場合、依頼に応じて事務代行を行ないます。 ・ご本人及びご家族からの依頼に応じて金銭管理を行ないます。

※上記サービスの内、介護保険適用サービスは「特定施設サービス計画」によるものとします。

7. 要支援・要介護認定による介護保険サービス利用限度額（1 ヶ月）

認定度	利用限度額（単位：円）
要支援 1	5,032
要支援 2	10,531
要介護 1	16,355
要介護 2	18,362
要介護 3	20,490
要介護 4	22,435
要介護 5	24,533

※1. 要介護認定を受けていないご利用者が、介護（介護予防）サービスを利用した場合には、サービス利用料金の全額を一時お支払いいただきます。要支援又は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し（償還払い）されます。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行な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。

※2. 自己負担額（月額）が、所得に応じてそれぞれ 24,600 円・15,000 円を超えた場合、高額介護サービス費として払い戻し手続きがありますのでお尋ね下さい。また、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、ご契約者の負担額を変更します。

8. 介護及び介護予防サービス利用料金

※自己負担額は、負担割合 1 割で計算しています（介護保険負担割合証の率により変動します）

※協力医療機関連携加算を、1 月当たり 100 円を基本分に上乗せとなります。

※特定施設処遇改善加算(1)を事業届出より、以下の単位数(利用料金)に介護職員等処遇改善加算 12.8%が上乗せとなります。

(1) 基本分（サービス計画の作成、安否の確認と生活相談業務）

自己負担額：円

	1 日当たりの自己負担額	1 ヶ月(30 日)当たりの自己負担額
予防給付（要支援 1・2）	57	1,710
介護給付（要介護 1～5）	84	2,520

※サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イを事業届出より、一日当たり自己負担額 22 円を上記に加算した額となります。

(2) 障害者等支援加算（精神保健手帳・療育手帳の所持または同等の障害を有する方）

1 日当たり・・・20 円（自己負担額）

(3)（ホームヘルパーステーション 千松園）利用料金

① 身体介護（指定訪問介護）

自己負担額：円

	1 ヶ月間	1 日当たり	15 分未満	30 分未満	45 分未満	60 分未満
要支援 1・2(週 1 回)	1,032	34	—	—	—	—
要支援 1・2(週 2 回)	2,066	68	—	—	—	—
要支援 2（週 3 回）	3,277	108	—	—	—	—
要介護 1～5	—	—	94	189	256	341

※1. 所要時間 1 時間 30 分未満の場合、所要時間 45 分未満の 256 円より所要時間 15 分増すごとに 85 円を加算した額となります。

※2. 所要時間 1 時間 30 分以上の場合、所要時間 1 時間 30 分以上の 548 円より所要時間 15 分増すごとに 36 円を加算した額となります。

② 生活援助（指定訪問介護）

自己負担額：円

	1 ヶ月間	1 日当たり	15 分未満	30 分未満	45 分未満	60 分未満
要支援 1・2(週 1 回)	1,032	34	—	—	—	—
要支援 1・2(週 2 回)	2,066	68	—	—	—	—
要支援 2（週 3 回）	3,277	108	—	—	—	—
要介護 1～5	—	—	48	94	142	190

(4)（訪問看護ステーション 海の里）利用料金

自己負担額：円

	20 分未満	30 分未満	60 分未満	90 分未満
要支援 1・2	273	406	715	981
要介護 1～5	283	424	741	1015

(5)（通所介護事業所 なぎさ）の利用料金

自己負担額：円

	要支援 1 (週 1 回)	要支援 2 (週 2 回)	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5

1 ヶ月間	1,511	3,099	—	—	—	—	—
1 日当たり	50	102	—	—	—	—	—
3 時間以上～4 時間未満	—	—	333	381	431	480	529
4 時間以上～5 時間未満	—	—	349	400	452	504	555
5 時間以上～6 時間未満			513	606	699	792	886
6 時間以上～7 時間未満			526	620	716	811	907
7 時間以上～8 時間未満			592	699	810	921	1,033
8 時間以上～9 時間未満	—	—	602	712	824	937	1,051

※1. 要支援の方は、1 ヶ月間の料金に運動器機能向上加算(203)、栄養改善加算(135)、口腔機能向上加算(135)のサービスが受けられます。

(6) (通所リハビリテーション シルバーマリン) 利用料金 自己負担額：円

	要支援 1 (週 1 回)	要支援 2 (週 2 回)	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 ヶ月間	2,041	3,805	—	—	—	—	—
1 日当たり	67	125	—	—	—	—	—
3 時間以上～4 時間未満	—	—	437	509	579	669	758
4 時間以上～5 時間未満	—	—	498	578	657	760	861
5 時間以上～6 時間未満			560	664	767	888	1,008
6 時間以上～7 時間未満			644	765	883	1,023	1,161
7 時間以上～8 時間未満	—	—	686	813	941	1,094	1,241

※1. 要支援の方は、1 ヶ月間の料金に栄養改善加算(180 円)、口腔機能向上加算(135 円)のサービスが受けられます。

(7) (通所リハビリテーション さんさんクリニック) 利用料金 自己負担額：円

	要支援 1 (週 1 回)	要支援 2 (週 2 回)	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
1 ヶ月間	2,041	3,805	—	—	—	—	—
1 日当たり	67	125	—	—	—	—	—
3 時間以上～4 時間未満	—	—	437	509	579	669	758
4 時間以上～5 時間未満	—	—	498	578	657	760	861
5 時間以上～6 時間未満			560	664	767	888	1,008
6 時間以上～7 時間未満			644	765	883	1,023	1,161
7 時間以上～8 時間未満	—	—	686	813	941	1,094	1,241

※1. 要支援の方は、1 ヶ月間の料金に栄養改善加算(180 円)、口腔機能向上加算(135 円)のサービスが受けられます。

(8) (福祉用具貸与) 利用料金

①福祉用具貸与品項目

- | |
|---|
| 1. 車椅子 2. 車椅子付属品 3. 特殊寝台 4. 特殊寝台付属品 5. 床ずれ防止用具
6. 体位変換器 7. 手すり 8. スロープ 9. 歩行器 10. 歩行補助杖
11. 認知症老人徘徊感知機器 12. 移動用リフト 13. 自動排泄処理装置 |
|---|

※1. 福祉用具貸与品の項目ごとに、利用者の状態・状況に応じた福祉用具を、専門スタッフへの相談を通じて、カタログ等から選びます。

※2. 福祉用具貸与品の納品・利用開始の際は、安全に使用していただくために、当該サービス事業所の担当スタッフより、設置の確認・使用の説明等を行います。

※3. 福祉用具貸与品の不備・故障が生じた際は、調整・修理・交換等を速やかに対応します。

②各福祉用具貸与品の料金

福祉用具貸与品ごとに1ヵ月間での利用料金(月額料金)で設定され、利用期間が1ヵ月間に満たない分については、以下の方法で算定します。

※1. 利用開始が月の15日以前の場合には月額の全額を、16日以降の場合には月額の1/2(半額)の料金となります

※2. 利用終了が月の15日以前の場合には月額の1/2(半額)を、16日以降の場合には月額の全額の料金となります。

※3. 利用開始・終了が同じ月内(2日～末日前)の場合には、月額の全額が料金となります。

9. 利用料金及びお支払い方法

(1) 外部サービス利用型特定施設入居者生活介護(介護予防を含む)の利用料の額は、「特定施設サービス計画」に基づく「外部サービス事業所」による介護並びに介護予防サービスについて、厚生労働大臣が定める基準によるものとする。

※法定代理受領サービスに該当する場合はその1割の額となり、該当しない利用料は食事代を除きその実費を負担していただきます

(2) 利用料金は1ヵ月ごとに計算し請求しますので、毎月末までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

① 当事業所(千松園)の事務所での現金支払い

② 当事業所(千松園)での銀行預かり金からの契約による引き落とし支払い

③ 下記指定銀行口座への振込支払い

指定銀行：四国銀行三里支店(普通預金)

口座名義 社会福祉法人 海の里 理事長 中谷 裕

口座番号 0402333

10. 協力医療機関

名 称	所 在 地	主 な 診 療 科 目
海里マリン病院	高知市仁井田 1617-5	整形外科・内科・外科・眼科
海辺の杜ホスピタル	高知市長浜 251	精神科
だいいちリハビリテーション病院	高知市九反田 2-14	内科・外科・整形外科・リハビリ
さんさんクリニック	高知市鷹匠町 1 丁目 1-8	歯科・内科・整形外科

11. 苦情の受付について

(1) サービスに関する相談や苦情については、別に定める「千松園・浦戸園苦情解決委員会規約」を準用しますが、次の窓口でも対応します。

- ① 担当者：生活相談員 山本 達也 TEL：088-847-0609 FAX：088-847-5342
- ② ご意見箱：事業所施設内に5ヶ所設置の苦情受付ボックスをご利用下さい

(2) 次の第三者苦情相談員に直接事業所内(毎月第一火曜日)で、又、電話等で直接相談できます。

- ① 多田睦代 TEL：088-847-5758
- ② 山中亀亥 TEL：088-847-3551

(3) 公的機関においても、次の機関に相談・苦情を申し出ることができます。

高知市介護保険課 事業係	所在地	高知市本町5丁目1番地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～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	高知市丸の内2-6-5
	電話番号	088-820-8410・8411
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分

※1. 住所地特例等により保険者が高知市以外の方は、該当する市町村の介護保険担当部署へお問合せください。

12. 非常災害時対策

- (1) 非常時の対応 養護老人ホーム千松園・救護施設浦戸園の「消防計画」により対応します。
- (2) 平常時の訓練等 消防計画により、年2回自衛消防訓練を実施します。
- (3) 主な防災設備 居室及び集会所等各所にスプリンクラーの設置と規則に従い消火器の設置。
- (4) 防火管理者 近澤 良典(管理者講習終了第1876869号)

13. 当事業所ご利用に際する注意事項

- (1) 来訪・面会 来訪者は面会時間(8:30～18:30)を守り、所定の面会簿に記入して下さい。
- (2) 外出・外泊 利用者が外出・外泊の場合には必ず所定用紙にて届出、承認を受けて下さい。
- (3) 設備器具の利用 事業所内の設備・器具の利用は各々の決まり又は注意事項に従って利用してください。
- (4) 迷惑行為の禁止 騒音等他のご利用者に迷惑になる行為はご遠慮願います。
- (5) 喫煙場所 事業所内の所定の場所並びに喫煙時間以外は禁煙となっています。
- (6) 現金等の管理 必要に応じて現金・預金通帳等のご相談の上お預かりいたします。
- (7) 動物等の飼育 ペット類の持込は原則禁止です。金魚等の魚類はご相談下さい。
- (8) 電化製品等の持込 テレビ・冷蔵庫等の電化製品及び家具の持ち込みは事前にご相談下さい。

以上

外部サービス利用型(指定介護予防)指定特定施設入居者生活介護

利用契約書

様(以下「利用者」という)と養護老人ホーム千松園で実施する「外部サービス利用型(指定介護予防)指定特定施設入居者生活介護事業所」(以下「事業所」という)は、先に示した重要事項説明書での受託居宅サービス事業所(以下「外部サービス事業所」という)から、要介護並びに要支援の認定を受けた「利用者」に対し、「特定施設サービス計画」に基づく適切なサービスの提供を受けるにあたり、次のとおり契約します。

(契約の目的)

第1条 「事業所」は介護保険法令に従い「利用者」に対し可能な限り、その有する能力に応じて、自立した生活ができるよう「事業所」の職員により、「特定施設サービス計画」の作成並びに「利用者の安否の確認」、「利用者の生活相談」等を行い、「特定施設サービス計画」に基づき「外部サービス事業所」により、別に定める運営規定に従い外部利用型の介護サービス並びに介護予防サービスを提供します。

(契約の期間)

第2条 この契約の契約期間は、令和 年 月 日から「利用者」の要介護及び要支援認定の有効期間満了日までとします。

2 契約満了日の15日前までに「利用者」から「事業所」に対して契約終了の申し出がない場合、かつ「利用者」が要介護及び要支援認定の更新で、要介護又は要支援者と認定された場合、契約は同一条件で認定期間満了日まで更新されるものとします。

(特定施設サービス計画)

第3条 「事業所」はサービス計画担当者により、入居利用者の日常生活の状況及び身体状況等、その意向を踏まえて「特定施設サービス計画」を作成し、これに従って「外部サービス事業所」により、計画的にサービスを提供します。「特定施設サービス計画」は計画の変更も含めて「利用者」又はご家族等身元引受人に説明し同意を得るものとします。

(特定施設サービス計画の変更)

第4条 「事業所」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は、速やかに「特定施設サービス計画」の変更等の対応を行います。

(特定施設サービスの内容)

第5条 「事業所」並びに「外部サービス事業所」及びその職員は「特定施設サービス計画」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」が介護保険対象サービスとして利用できるサービスは「特定施設サービス計画」に基づき、入浴、排泄、食事等の介護並びに介護予防、相談等の精神的ケア、日常生活上の支援・相談、機能訓練、健康管理及び療養上の援助並びに相談を受けることができます。

(特定施設サービス提供の記録)

第 6 条 「事業所」は「特定施設サービス計画」並びに計画に基づき、「外部サービス事業所」が提供したサービス実施記録については随時整備し、これをこの契約終了後 2 年間保管します。また「事業者」は「利用者」又は身元引受人等に対し、「利用者」に関する記録の閲覧、複写物の交付に応じます。

(利用料金)

第 7 条 介護保険からの給付サービスを利用する場合の利用者負担金は、原則として負担割合による率で利用料金の負担となります。利用料金の詳細は重要事項説明書により説明します。

(利用料金支払い)

第 8 条 「事業所」は、当月の利用料金の明細による利用者負担金の請求書を作成し、利用翌月 15 日までに「利用者」に通知します。

2 「利用者」は当月の料金の合計額を、請求があった月末までに所定の方法により支払います。

(利用者からの中途解約)

第 9 条 「利用者」は、「事業所」に対しいつでもこの契約の解約を申し出ることができます。

この場合には、7 日以上予告期間をもって届け出るものとし、予告期間満了日に契約は解約されます。

(事業所からの契約解除)

第 10 条 「事業所」は「利用者」の著しい不審行為等により、契約を継続することが困難となった場合、及び入院治療等により施設内でのサービス提供が困難と判断された場合、その理由を記載した文書通知により、この契約を解約することができる。

(契約の終了)

第 11 条 次のいずれかの事項が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

2 第 2 条の期間満了による契約終了の意思表示があった場合、又、第 9 条及び第 10 条に基づき、契約の解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき。

3 次の事項に該当した場合は、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へ 3 ヶ月以上に渡り入所又は入院した場合
- ②「利用者」が養護老人ホーム千松園を退所した場合
- ③「利用者」の要介護認定が非該当と認定された場合
- ④「利用者」が死亡した場合

(退居時の援助)

第 12 条 「事業所」は、契約が終了し「利用者」が退所する際には、「利用者」及びその家族の希望、又は「利用者」が退居後に行われることとなる環境等を勘案し、円滑な退居のために必要な援助を行います。

(秘密保持)

第 13 条 「事業所」及び「外部サービス事業所」とその関係者は、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等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とします。

2 「事業所」は、「利用者」からあらかじめ文書で同意を得ない限り、「外部サービス事業所」等に対し、「利用者」の個人状況を提供しません。

(損害賠償)

第 14 条 「事業所」はサービスの提供に伴って、「事業所」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。

(苦情処理)

第 15 条 「事業所」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、別に定める「千松園・浦戸園苦情解決委員会規約」に従い、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。

(本契約に定めのない事項)

第 16 条 「利用者」及び「事業所」は、信義・誠実をも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決定します。

(裁判管轄)

第 17 条 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「事業所」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。

以上の重要事項の説明並びに契約を証するため本書 2 通を作成し、「利用者」、「事業所」が記名捺印のうえ、各 1 通を保有するものとします。

私は、本書面の重要事項について、事業所の下記氏名の担当職員から説明を受け、本契約に同意しました。

令和 年 月 日

利用契約者

住 所

氏 名

印

身元引受人

住 所

氏 名

印

続 柄

電 話

事 業 者 社会福祉法人 海の里

住 所 高知市仁井田 1618-18

氏 名 理事長 中谷 裕

印

事 業 所 外部サービス利用型特定施設 養護老人ホーム 千松園

所 在 地 高知市十津 2 丁目 12-1

管 理 者 施設長 梶西 智宏

印

説 明 者

(職・氏名)

印