

# (介護予防)認知症対応型共同生活介護

## グループホームゆずっこ高西 利用契約書



ご利用者\_\_\_\_\_を甲とし、事業者 株式会社ハートランドを乙とし、  
下記のとおり(介護予防)認知症対応型共同生活介護利用に関して契約を締結しま  
す。

(認知症対応型共同生活介護サービスの目的)※介護予防も含む

第1条 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、指定を受  
けた当該事業所において、家庭的な環境のもとで甲がその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(介護予防)認知症対応型共同生活介護(以下「指定サービス」という。)を提供し、甲は、乙に対し、そ  
の指定サービスに対する料金を支払います。

2. 事業者は、指定サービスの提供にあたっては、要支援2及び要介護状態区分に該当する入居者の被保険  
者証に記載された認定審査会意見に従います。

(契約期間)

第2条 この契約の期間は、契約締結日から入居者の要介護認定の有効期間終了日までとします。但し、上記の  
契約期間の満了日前に、入居者が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定の有効期間の満了日  
が更新された場合には、変更後の要介護認定の有効期間の満了日までとします。

2. 契約満了の1ヶ月前までに、入居者から事業者に対して、文書による契約終了の申し出がない場合、契約は  
自動更新されるものとします。

3. 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、更新前の契約期間の満了日の翌日から更新後の  
要介護認定の有効期間の満了日までとします。

(認知症対応型共同生活介護計画の作成と変更)※介護予防計画含む

第3条 乙の管理者(以下「管理者」という。)は、乙の介護支援専門員(以下「介護支援専門員」という。)に利用  
者の(介護予防)認知症対応型共同生活介護計画(以下「(予防)介護計画」という。)作成に関する業務を担  
当させます。

2. 乙は、甲の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、介護従業者と協議の上、援助の目標、  
当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した介護計画を、速やかに作成します。なお、  
その作成にあたっては、指定サービスの活用その他の多様な活動の確保に努めます。

3. 乙は、介護計画作成後においても、介護計画の実施状況の把握を行い、必要に応じて介護計画の変更をし  
ます。

4. 甲は乙に対し、いつでも介護計画の内容を変更するよう申出ることが出来ます。この場合、乙は、明らかに変  
更の必要のないとき及び甲の不利益となる場合を除き、甲の希望に沿うように介護計画の変更を行います。

5. 乙は、介護計画を作成し、また、同計画を変更した場合には、甲及び甲の家族に対し、その計画の内容を説

明します。

(認知症対応型共同生活介護の場所)

第4条 指定サービスの提供場所は、「グループホームゆずっこ高西」です。所在地及び設備の概要は【重要事項説明書】のとおりです。

(指定サービスの内容及びその提供)

第5条 乙は、前条により作成される介護計画に基づき本条のとおり各種サービスを懇切丁寧に提供し、本条第3項のサービスの提供にあたっては、甲及びその家族に対し、同サービスの内容の説明をし、同意を得ます。なお、各種サービスの内容は「重要事項説明書」のとおりです。

2. 甲は、介護保険給付対象サービスとして、次の各号のサービス等を受けることができます。なお、食事その他の家事等については、甲は乙と共同して行うようにします。
  - ① 入浴、排せつ、食事、着替え等の介護その他生活上の世話
  - ② 機能回復訓練
  - ③ 相談、援助
3. 甲は、介護保険給付対象外サービスとして、次の各号のサービス等を受けることができます。
  - ① 食事の提供
  - ② おむつの提供
  - ③ 理美容
  - ④ 買い物、役所手続きの代行
  - ⑤ 医師の往診等療養上の世話
  - ⑥ レクリエーション
  - ⑦ 施設の利用その他生活サービス
4. 乙は、本条の各種サービスの提供に当たり、甲及びその家族に対し各種サービスの提供方法等について説明をします。
5. 乙は、甲または他の利用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、身体的拘束その他甲の行動を制限しません。
6. 乙は、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努め、その甲の利用状況等を把握するようにします。

(居室の利用)

第6条 甲が利用する居室の定員は、18人(一人部屋)です。

(相談及び援助)

第7条 乙は、常に甲の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、甲及び甲に関するその家族の心配事や悩みについて相談に応じます。

(金銭等の管理)

第8条 乙は、甲の現金及び預貯金につき原則として管理しません。また、財産の管理運用についてもこれを行いません。

2. 乙は、前項の規定にかかわらず、各号のいずれにも該当する場合は、金銭等の管理をすることがあります。

(1) 日常生活に必要な金銭の保管管理

(2) 甲が乙に対し依頼した場合

(3) 前項の場合における、乙の金銭等の管理に関する手続き方法は乙が別途定める基準によります。

(利用料の支払い)

第9条 甲は乙に対し、介護計画に基づき乙が提供する各種介護保険給付サービス並びに、各種介護保険給付外サービスについて、別紙「重要事項説明書」のとりの利用料等を支払います。

2. 乙は、甲が乙に支払うべき認知症対応型共同生活介護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より支給を受ける額の限度において、甲に代わって市町より支払いを受けます(以下「法定代理受領サービス」という)。

3. 乙は、甲に対し、利用月の翌月15日前後に、当月の利用料等の請求書を送付します。

4. 甲は乙に対し、当月の利用料等を、乙の指定する方法により支払います。

5. 乙は、甲から利用料等の支払いを受けたときは、甲に対し、領収証を発行します。領収証には、乙が提供した各種サービス毎の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。

6. 振込手数料は、甲の負担とする。

(保険給付の請求のための証明書の交付)

第10条 乙は、法定代理受領サービスに該当しない指定サービスを提供した場合において、甲から利用料の支払いを受けたときは、甲に対し、サービス提供証明書を交付します。サービス提供証明書には、提供した介護保険給付対象の各種サービスの種類、内容、利用単位、費用等を記載します。

(介護サービスの記録)

第11条 乙は、甲に対する介護サービスの提供に際し、作成した記録書類を、完結した日から2年間保存します。

2. 甲または甲の家族は乙に対し、いつでも前項の記録の閲覧・謄写を求めることができます。ただし、謄写に際して、乙は甲または甲の家族に対して、実費相当額を請求することができます。

(契約の終了)

第12条 次の各号の一に該当する場合は、この契約は終了します。

(1) 要介護認定等区分が自立もしくは要支援1と認定された場合

(2) 甲が死亡した場合

(3) 甲が第13条に基づき解除を通告し、予告期間が満了した日

(4) 乙が第14条に基づき解除を通告し、予告期間が満了した日

(5) 甲が病気の治療等その他のため2週間以上乙の施設を離れることが決まり、その移転先での受け入れ可能となったとき、または乙の施設を離れた期間が結果的に2週間以上となったとき

(6) 甲が、他の介護保険施設への入所や長期療養目的での入院が決まり、その施設側での受け入れが可能となったとき

(甲の契約解除)

第13条 甲は乙に対し、いつでも1ヶ月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。

（乙の契約解除）

第 14 条 乙は甲に対し、次の各号に該当する場合においては、1 ヶ月の予告期間をおいて、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その他自己の支払うべき費用を3ヶ月以上滞納したとき
- （2） 伝染性疾患により他の利用者の生活または健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、かつその必要があるとき
- （3） 甲の行動が他の利用者の生活または健康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
- （4） 甲が故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがないとき
- （5） 甲又は甲の家族の著しい不信行為により、この契約を継続することが困難となった場合

（退居時の援助及び費用負担）

第 15 条 契約の解除あるいは終了により甲が当該施設を退居するときは、乙は予め退居先が決まっている場合を除き、居宅介護支援事業者またはその他の保健機関もしくは福祉サービス機関等と連携して、甲またはその家族に対して、円滑な対処のために必要な援助を行います。なお、甲の退居までに甲の生活に要した費用等の実費は、甲の負担とします。

（精算）

第 16 条 甲が、介護サービスの提供に関し、乙から事前に受領している利用料等があり、契約の中途解約等により精算の必要が生じた場合は、サービスの未給付分等必要な金額を速やかに返還します。

（損害賠償）

第 17 条 乙は、甲に対する介護サービスの提供に当たって、万一事故が発生し、甲の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに甲に対して損害を賠償します。但し、甲又は甲の家族に重過失がある場合は、賠償額を減することができます。

2. 乙は、万が一の事故発生に供えてあいおいニッセイ同和損保の保険に加入しています。
3. 甲または甲の家族の故意、重過失により居室または備品につき通常の保守・管理の程度を超える補修等が必要となった場合には、その費用は甲が負担します。

（緊急時の対応）

第 18 条 乙は、甲が病気または怪我により診断、治療が必要となった場合、その他必要な場合は、甲の主治医または乙の協力医療機関において速やかに必要な治療等が受けられるよう、必要な措置をします。

2. 乙は、甲が急に身体等の具合が悪くなった場合は、医師と連絡をとり協力医療機関等での救急治療あるいは救急入院が受けられるようにします。
3. 乙は、サービス供給体制の確保並びに夜間における緊急時の対応のために、別紙重要事項説明書記載の施設と連携・支援体制をとっています。

（身元引受人）

第 19 条 乙は甲に対し、身元引受人を求めることがあります。但し、社会通念上、身元引受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. 身元引受人は、この契約に基づく甲の乙に対する一切の債務につき、50 万円を限度に甲と連帯して履行する責任を負います。
3. 身元引受人は、前項の責任のほか、次の各号の責任を負います。
  - 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 契約解除または契約の終了の場合、予め退居先が決まっている場合を除き、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等必要な援助をすること
  - ③ 甲が死亡した場合の遺体及び慰留金品の処理その他の必要な措置をなすこと

#### （秘密保持）

第20条 乙及び乙の従業員は、正当な理由がない限り、甲に対する介護サービスの提供に際して知り得た甲、甲の家族及び身元引受人の秘密を漏らしません。

2. 乙は、乙の従業員が退職後、就業中に業務上知り得た甲、甲の家族及び身元引受人の秘密を正当な理由なく漏らすことがないよう配慮します。
3. 甲は乙がサービス担当者会議等において甲の個人情報を用いることに同意します。乙は、甲の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で甲の家族の個人情報を用いませぬ。

#### （利用者の権利）

第21条 介護サービスは、利用者一人ひとりの人格を尊重し、入居者がそれぞれの役割を持って家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮して行うものとします。

#### （苦情処理）

第22条 甲または身元引受人は、提供された介護サービスに苦情がある場合、いつでも別紙重要事項説明書記載の事業所の窓口に苦情を申し立てることができます。その場合、乙は迅速、適切に対処し、サービスの向上、改善に努めます。

2. 甲は、介護保険法令に従い、市町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出来ます。
3. 乙は、甲が苦情申立を行った場合、これを理由として甲に対して何らの差別待遇もしません。

#### （地域等との連携）

第23条 乙は、事業の運営にあたって、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図るものとします。

2. 乙は、介護サービスを提供するにあたり、保健・医療・福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

#### （合意管轄）

第24条 本契約に起因する紛争に関して訴訟の必要が生じたときは、尾道地方裁判所をもって第一審管轄裁判所とすることを、甲及び乙は予め合意します。

#### （電磁的対応）

第25条 利用者等への説明・同意について、電磁的な対応として、タブレット端末を用いた方法で署名を行います。

電子署名が何らかの理由で困難な場合は、書面での対応に代えさせていただきます。

(契約の定めのない事項)

第26条 この契約に定めのない事項及び疑義がある場合は、介護保険法令その他法令の定めるところにより、甲、乙及び甲の身元引受人が協議の上、誠意をもって処理するものとします。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、甲、乙が署名の上、1通ずつ保有するものとします。なお、事業者は電子媒体での保有と致します。

令和 年 月 日

|         |                                                                          |      |
|---------|--------------------------------------------------------------------------|------|
| ご利用者(甲) | 私は、以上の契約の内容につき説明を受け、内容を確認しました。私は、この契約の定めるところに従い、貴事業所のサービスを利用することを申し込みます。 |      |
|         | 住所：                                                                      |      |
|         | 氏名：                                                                      |      |
|         | 電話番号：                                                                    | FAX： |

|       |                                                             |      |
|-------|-------------------------------------------------------------|------|
| 署名代行者 | 私は、下記の理由により、上記署名を甲に代わって行いました。<br>理由( )<br>私は、本人契約意思を確認しました。 |      |
|       | 住所：                                                         |      |
|       | 氏名： 続柄( )                                                   |      |
|       | 電話番号：                                                       | FAX： |

|       |                                                  |      |
|-------|--------------------------------------------------|------|
| 身元引受人 | 私は、以上契約の内容につき、貴事業所から説明を受け、身元引受人としての責任について理解しました。 |      |
|       | 住所：                                              |      |
|       | 氏名： 続柄( )                                        |      |
|       | 電話番号：                                            | FAX： |

|        |                                                                         |  |
|--------|-------------------------------------------------------------------------|--|
| 事業者(乙) | 当事業者は、指定(介護予防)認知症対応型共同生活介護事業者として甲の申込みを受諾し、この契約に定める各種サービスを誠実に責任をもって行います。 |  |
|        | 所 在 地：広島県尾道市美ノ郷町三成912-1                                                 |  |
|        | 事業者(法人)名：株式会社ハートランド                                                     |  |
|        | 事 業 所 住 所：福山市高西町3丁目10-21                                                |  |
|        | 事 業 所 名：グループホームゆずっこ高西                                                   |  |
|        | 事 業 所 番 号：3471501803                                                    |  |
|        | 代 表 者 名：川原奨二                                                            |  |

## 緊急時の対応方法

|     |      |  |
|-----|------|--|
| 主治医 | 病院名  |  |
|     | 医師名  |  |
|     | 所在地  |  |
|     | 電話番号 |  |

|       |        |                |
|-------|--------|----------------|
| 緊急搬送先 | 希望先の有無 | 有 ・ 無（救急隊に任せる） |
| 希望有の方 | 第一希望   |                |
|       | 第二希望   |                |

|         |          |     |
|---------|----------|-----|
| 指定連絡先 ① | 氏名       | 続柄： |
|         | 電話番号(携帯) |     |
|         | 電話番号(自宅) |     |
|         | 住所       |     |

|         |          |     |
|---------|----------|-----|
| 指定連絡先 ② | 氏名       | 続柄： |
|         | 電話番号(携帯) |     |
|         | 電話番号(自宅) |     |
|         | 住所       |     |

