

せんしゅんかいグループホーム 小春

契約書・重要事項説明書

____様（以下、「入居者」といいます）とせんしゅんかいグループホーム 小春（以下、「施設」といいます）は、施設が入居者に対して行う認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護サービス（以下、「サービス」といいます）について、次のとおり契約します

第1条（契約の目的）

施設は、入居者に対し、介護保険法の趣旨に従って、入居者が可能な限りその共同生活住居において、家庭的な環境のもと、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、サービスを提供し、入居者は、施設に対し、そのサービスに対する料金の支払いについて規定するものです。

第2条（契約期間）

この契約の契約期間は____年 ____月 ____日から入居者の要介護認定及び要支援 2 の有効期間満了日までとします。

契約満了の7日前までに、入居者から施設に対して、契約終了の申し出が無い場合、かつ、入居者が要介護認定の更新で要介護（1～5）及び要支援2と認定された場合、原則として契約は更新されるものとします。

第3条（認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成）

- 1 施設は、施設に属する計画作成担当者に、入居者の心身の状況、希望及びそのおかれている環境等を把握し、入居者の意向を踏まえた上で、認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護計画（以下、「介護計画」といいます）を作成します。
- 2 介護計画の作成もしくは変更に関しては、その内容を入居者及び身元引受人に交付・説明の上同意を得ます。
- 3 施設は、介護計画の作成後においても入居者の状況を把握し、担当者間での情報の共有を図り、定期的にカンファレンスを開催し、必要に応じて介護計画を変更します。

第4条（介護保険給付対象サービス）

施設は居室及び共用施設の提供を行い、介護計画に沿って、入居者に対し、入浴・排泄・食事等の介護サービス、健康管理、その他介護保険法令に定める必要な援助、サービスを提供します。

第5条（介護保険給付対象外のサービス）

- 1 施設は入居者との合意に基づき、以下のサービスを提供します。
 - (1) 食事の提供
 - (2) 居室の提供
 - (3) 布団貸し出し ※業者と直接契約になります
 - (4) 教養娯楽設備の提供及びレクリエーション行事

- 2 前項のサービスについてその利用料金は入居者が負担するものとし、金額詳細については、重要事項説明書により説明します。
- 3 施設は第1項各号のサービス提供について、前項の重要事項説明書によりあらかじめ入居者または入居者の身元引受人等に分かりやすく説明し、同意を得ます。

第6条（施設の義務）

- 1 施設はサービスの提供に当たり、入居者の生命、身体、財産の安全確保に配慮します。
- 2 施設はサービス提供に当たり、入居者本人または他の入居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、原則として身体拘束を行いません。
- 3 施設は、入居者が要介護認定の更新申請を行えるよう援助します。また、入居者が希望する場合は、要介護認定の申請を代行します。

第7条（入居者の義務）

- 1 入居者は、居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って使用するものとします。
- 2 入居者は、施設、設備について、故意または重大な過失により滅失、破損、汚損もしくは変更した場合は、自己の費用により現状に復するかまたは相当の代価を支払うものとします。

第8条（サービス提供の記録）

- 1 施設は施設サービスの提供に関する記録をつけることとし、これをこの契約の終了後5年間保存します。
- 2 入居者は、施設の営業時間内に、当該入居者に関する第1項のサービス記録を閲覧できます。

第9条（料金）

- 1 入居者は、要介護度に応じ受けたサービスの対価として、介護保険法に定められた給付割合に基づく自己負担額を施設に支払うものとします。但し、利用者の介護保険料などの滞納等により、施設が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、入居者は介護給付費の全額を施設に対し、いったん支払うものとします。その際、施設から発行されたサービス提供証明書を後日、各市町村の窓口へ提出しますと差額の払い戻しを受けることができます。
- 2 第5条に定めるサービスについては、入居者は別紙3に掲げるサービス利用料金を支払うものとします。
- 3 施設は当月料金の合計額の請求書に明細を付して、入居者に直接お渡しするか送付いたしません。
- 4 入居者は、当月の料金の合計額を、翌月27日までに振り込みまたは自動引き落としにて支払います。
- 5 施設は、入居者から料金の支払いを受けたときは、入居者に対し領収証を発行します。

第10条（利用料金の変更）

- 1 前条第1項に定めるサービス利用料金について、介護保険法の改正があった場合、施設は当該サービス利用料金を変更することができるものとします。

- 2 前条第2項に定めるサービス利用料金については、経済状況の変化等やむを得ない事由がある場合は、施設は入居者に対して相当の猶予期間を置き、当該サービス利用料金を相当な額に変更することができます。
- 3 入居者は、前項の変更に同意することができない場合には、本契約を解除することができます。また、入居者が、料金の変更を承諾する場合、新たな料金表に基づく同意書を作成しお互いに取り交わします。

第11条（契約の終了）

- 1 入居者は、施設に対して7日前までに文書で通知することにより、この契約を解除することができます。
- 2 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)入居者が他の介護保険施設に入所した場合。
 - (2)入居者が死亡された場合。
 - (3)入居者が要介護認定により自立または要支援1と判定された場合。
 - (4)施設が解散命令や破産した場合等やむを得ない事由で当施設を閉鎖した場合。
 - (5)天変地異その他の事由により施設が滅失、重大な毀損によりサービス提供が不可能になった場合。
 - (6)当施設が介護保険の指定を取り消された場合または辞退した場合。
 - (7)入居者が共同生活住居を離れて3ヶ月を経過したとき、または3ヶ月以上離れることを予定して他所へ移転したとき。
- 3 次の事由に該当した場合は即時に契約を解除することが出来ます。
 - (1)介護保険給付対象外の利用料の変更同意できない場合。
 - (2)施設もしくは職員が正当な理由なく、契約書に定めるサービスの提供を実施しない場合。
 - (3)施設もしくは職員が守秘義務に違反した場合。
 - (4)施設もしくは職員が故意または過失により入居者の身体・財産・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、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。
 - (5)他の入居者が入居者本人の身体・財産・信用等を傷つける恐れがある場合に、施設が適切な対応を取らない場合。
- 4 次の事由に該当した場合、施設はこの契約を解除することができます。なお、施設は入居者に対して、原則30日の予告期間をおいて、文書で通知することとします。
 - (1)入居者のサービス利用料金の支払いが、正当な理由なく1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず14日以内に支払われない場合。
 - (2)入居者が施設や職員または他の入居者に対して、信頼関係を損なう行為を行った場合。
 - (3)施設がやむを得ない事由により施設の閉鎖等事実上運営できない状態になった場合。
 - (4)入居者が当該共同生活住居を損傷する行為を反復したとき。
- 5 前4項による契約の終了後、退居までに施設が入居者に対して実施したサービスの利用料金については、全額入居者の負担とします。

第12条（退居時の援助）

施設は、契約が終了し入居者が退居する際には、入居者及び身元引受人の希望、入居者が退

居後に置かれることとなる環境等を勘案し、円滑な退居のために可能な限り必要な援助を行います。

第13条（身元引受人）

- 1 施設は契約に際し入居者に対して身元引受人を求めます。
- 2 身元引受人は、この契約に基づく入居者の施設に対する一切の債務につき、入居者と連帯して履行の責任を負います。
- 3 契約終了の場合、施設と連携して入居者の状態に見合った適切な受入先の確保に努めます。
- 4 入居者が死亡した場合、遺体及び遺留金品の引き受けその他必要な措置をとります。

第14条（秘密保持）

- 1 施設の職員は、サービスを提供する上で知り得た入居者及びそのご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、職員の退職後及び本契約終了後も同様です。
- 2 施設は入居者、入居者の身元引受人から予め文書で同意を得ない限り入居者の個人情報を用いません。

第15条（賠償責任）

- 1 施設はサービスの提供に伴って、明らかに施設の責めに帰すべき事由により、入居者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、入居者に対してその損害を賠償します。
- 2 入居者の責めに帰すべき事由によって、施設が損害を被った場合、入居者及び身元引受人は、連帯して、施設に対して、その損害を賠償するものとします。

第16条（連絡義務）

施設は、入居者の健康状態が急変した場合は、予め届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに、医師に連絡する等必要な処置を行います。

第17条（管轄裁判所に関する合意）

本契約に関してやむを得ず、訴訟となる場合、入居者及び施設は京都地方裁判所を合意の裁判所とします。

第18条（相談・苦情対応）

施設は入居者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、サービスに関する入居者の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。

第19条（本契約に定めのない事項）

- 1 入居者及び施設は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
- 2 この契約に定めのない事項については、介護保険法令その他諸法令の定めるところを尊重し、双方が誠意を持って協議の上定めます。

せんしゅんかいグループホーム 小春

重要事項説明書

【2025年10月1日現在】

1、法人

名称・法人種別	医療法人社団 千春会
代表者職種・氏名	理事長 菊地 孝三
法人所在地	京都府長岡京市開田2丁目14番26号
電話番号	(075)954-2175

2、法人が運営している事業所

別紙2のとおりです

3、施設概要

名称	せんしゅんかいグループホーム 小春
介護保険指定番号	2693000131
所在地	京都府長岡京市今里庄ノ淵32
電話/FAX番号	TEL 075-959-3350 / FAX 075-951-5211
開設年月日	平成27年3月31日
管理者名	羽室 雄貴
定員	18名

【個室・共同生活スペース】

名称	4階	5階	面積
個室(全室トイレ・洗面付)	9室	9室	7.50~7.79㎡
北側リビング	1室	1室	28.11㎡
南側ダイニング	1室	1室	31.20㎡
キッチン・スタッフステーション	1室	1室	9.78㎡
脱衣室	1室	1室	3.58㎡
浴室	1室	1室	3.90㎡
洗濯室	1室	1室	3.06㎡

4、認知症対応型共同生活介護 小春の目的と運営方針

(1) 目的

医療法人社団千春会が開設するせんしゅんかいグループホーム小春(以下「施設」という)が行う指定認知症対応型共同生活介護及び指定介護予防認知症対応型共同生活介護サービス(以下「サービス」という)の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、認知症対応型共同生活介護及び介護予防認知症対応型共同生活介護を提供する従業者(以下「職員」という)が要介護状態又は要支援2にある高齢者(以下「入居者」という)に対して、適切な認知症対応型共同生活介護サービスを提供することを目的とする。

(2) 運営方針

- 1 サービスの提供に当たっては、認知症の症状によって自立した日常生活が困難となった入居者が家庭的な環境と地域住民との交流のもとで、心身の特性を踏まえ尊厳ある自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等を行うことにより、生活の質を重視した日常生活が継続できるように支援する。
- 2 入居者の認知症状の緩和や悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うものとする。
- 3 入居者の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
- 4 サービスの実施に当たっては、関係市町村、連携する介護老人福祉施設や介護老人保健施設、協力医療機関に加え、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者、地域住民等との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- 5 事業にかかわる法律、省令、通達に基づきサービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を遵守し、事業所運営を実施するものとする。

5、事業所の定員

1ユニット9名、2ユニット9名 計18名

6、提供できるサービス

種類	内容
健康チェック	血圧・体温・脈拍等 健康状態のチェックを行います。
機能訓練	心身の維持または向上が図れるように、作業活動、各種レクリエーション等を実施します。
日常生活の援助	食事、掃除などの家事や入浴、排泄の介助または見守りを行います。
レクリエーション等	当施設では、季節毎の外出行事を予定しています。 また、入居者が行かれていた、習い事や美容院等にも継続して参加できるよう努めます。
相談及び援助	入居者とその家族からのご相談に応じます。
理容サービス	事業所内で外部業者による理美容サービスが受けられます。

7、第三者評価の実施状況

実施年月日	2022年12月22日
評価機関	京都ボランティア協会
評価結果の開示状況	https://kyoto-hyoka.jp (京都府) https://www.wam.go.jp (大阪府)

8、職員数

職種	常勤	非常勤	合計
管理者	1名	-	1名
計画作成担当者	1名	1名	2名
介護職員	0名	12名	12名
看護師	1名	3名	4名

9、非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画および「非常災害、防犯マニュアル」に基づき対応を行います。			
避難訓練	別途定める消防計画および「非常災害、防犯マニュアル」にのっとり年2回避難訓練を行います。			
防災設備	設備名称	有無	設備名称	有無
	スプリンクラー	有り	防火扉・シャッター	無し
	避難階段	有り	屋内消火栓・消火器	有り
	自動火災報知機	有り	ガス漏れ探知機	無し
	誘導灯	有り		
	カーテン、布団等は防災性能のあるものを使用しています。			
消防計画	乙訓消防署への届出日：令和5年8月1日 防火管理者： 羽室 雄貴			
風水害対策	別途定める「非常災害、防犯マニュアル」に基づき対応を行います。			

10、事故について

施設は、入居者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は身元引受人等に連絡をするとともに、市町村の担当窓口及び京都府の担当窓口に報告します。そして事故発生原因を追究し再発防止の必要な処置を講ずるものとしします。また、施設の責により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。

当施設では、入居者の自宅である施設及び地域交流で自発的かつ自由に行動されることを大切にしており、このことが心身機能の維持に繋がると考えております。この考え方に基づき転倒事故などが発生しないように、法定人員以上の人員を配置しておりますが、不可抗力などにより転倒事故などが発生する場合がありますのでご理解ください。

11、急変時の対応

- (1) 急変時に施設看護職員または職員が必要と判断した場合は、主治医又は協力医療機関と連携し受診を行います。
- (2) 専門的な医学的対応が必要と判断した場合、他の専門的機関の受診を行う場合があります。
- (3) 急変時に身元引受人が指定する者に対し、緊急に連絡します。必要によっては、受診の付添を依頼する場合がありますので、ご協力願います。
- (4) 協力医療機関やその他医療機関を受診され入院となった場合、通常通りの窓口支払いとなります。

【協力医療機関】

病院名	千春会病院
所在地	京都府長岡京市開田2丁目14-26
電話番号	(075) 954-2175

【緊急連絡先】

別紙1のとおりです

12. 当施設利用にあたっての留意事項及び禁止事項

当事業所の利用にあたっての利用者の留意事項は、下記の通りです。

- (1) 面会時間は午前10時～午後8時までとします。
- (2) 外出・外泊される場合は、外出・外泊届を提出して下さい。
- (3) 住居内の居室や設備、器具は本来の用途に従ってご利用ください。
- (4) 事業所内にタバコ、ライターの持ち込み及び喫煙すること。
- (5) 所持金品は、自己の責任で管理してください。紛失の場合、当施設では弁済いたしません。
- (6) 住居内での他の入居者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

当事業所の禁止事項は、下記の通りです。

- (1) 危険物、刃物を持ち込むこと
- (2) ケンカ、口論、泥酔等他の入居者に迷惑をかけること。
- (3) 指定した場所以外で火気を用い、または自炊すること。
- (4) 施設内で喫煙すること。
- (5) 宗教や習慣の相違等で他人を排斥し、他人の自由を侵すこと。
- (6) 当施設の秩序、風紀を乱し、または安全衛生に害すること。
- (7) 入居者の営利行為等、宗教の勧誘等、特定の政治活動等。
- (8) ペットの持ち込み。
- (9) 上記の他、当施設および入居者への迷惑行為。

13. 利用料金

- (1) サービスを提供した際の利用料金の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該サービスが法定代理受領サービスであるときは、市区町村から利用者に対して交付される介護保険負担割合証記載の負担割合（1割または2割・3割）の額を利用者に負担いただきます。加えて、当事業所が定める別紙に掲げる食事費等の提供を行った場合には、それに要した額をお支払いいただきます。
- (2) 当事業所は、法定代理受領サービスに該当しないサービスを提供した際に利用者から支払いを受ける利用料の額と、サービス費用基準額との間に、不合理な差額が生じないように配慮します。
- (3) 事業者は、利用者から別紙3に掲げる利用料及び費用の額をお支払い頂きます。
- (4) 領収書は、原則として再発行致しません。但し、サービス利用の支払いに対する領収書紛失等の理由により、領収証明書の発行依頼があった場合には、領収証明書を発行します。

なお発行に際しては文書料として一通につき金 1,000 円（税別）を申し受けます。

(5) 毎月 12 日に窓口にて請求書をお渡しします。支払方法は、当月の料金の合計額を、施設窓口または、銀行振込にて支払い下さい。お支払いいただきますと領収書を発行致します。

【加算】

加算項目	要件
初期加算	入居日から起算して30日以内の期間
若年性認知症利用者受入加算	40歳以上～65歳未満の認知症入居者の場合
看取り介護加算 死亡日以前4日以上30日以下 死亡日の前日及び前々日 死亡日	お亡くなりになる前に利用があり、看取り介護計画書を作成している場合
医療連携体制加算	看護職員との24時間連絡体制を確保している
退居時相談援助加算	入居期間が1ヶ月を超える入居者が退居後の居宅サービス、地域密着型サービス等に相談援助を行い、地域包括支援センターに対して文書を添えて情報提供した場合
認知症専門ケア加算Ⅱ	日常生活自立度ランクⅢ、Ⅳ又はMに該当する利用者の場合
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	介護職員の賃金の改善に要する費用の見込額が介護職員処遇改善加算の算定見込み額を上回るため。
入退院支援加算	入院後3か月以内に退院する際、円滑に再入居できる体制を確保した場合
生活機能向上連携体制加算	医療提供施設のセラピスト等が事業所を訪問し、身体状況の評価を行った場合

14、介護保険給付対象外サービス

(1) 別紙重要事項説明書別紙3 料金表を参照してください。

- 基本料金及び教養娯楽費について、月途中の契約開始や契約解除、及び入退院が発生した時は日割り計算による支払いと致します。
- 食費について、月途中の契約開始や契約解除、及び入退院が発生した時と、外泊開始の翌日から外泊終了の前日までの期間を除き日割り計算による支払いと致します。
また、介護支援計画で「外食」を行った場合は、施設で提供する一食相当額の食費はいただきません。
- 家賃は、外泊や入院中も利用者の負担となります。

15、お支払方法

毎月、20日までに請求書を入居者もしくは身元引受人に、お渡ししますので27日までに振込みまたは自動引き落としにてお支払下さい。お支払いいただきますと領収書を発行致します。

16、秘密保持と個人情報の保護について

- 1 施設の職員は、サービス提供をする上で知り得た入居者及びそのご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、職員の退職後及び本契約終了後も同様です。
- 2 施設は入居者、入居者の身元引受人から予め文書で同意を得ない限り入居者の個人情報を用いません

17、サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) 苦情処理の体制及び手順について

- ・ 苦情、要望、相談を受けた担当職員は、当該の内容を十分に聞き、内容を明確にした上で所属長に報告する。所属長は、その後管轄マネージャーに報告、重大な案件については管轄マネージャーより介護部長への報告を行う。
- ・ 調査の結果、改善が必要と認められる場合は、必要な対応を図るとともに、今後、同様の問題が起きないように改善策を講じ、サービスの質の向上に取り組む。
- ・ 調査および対応の結果については、必要に応じて担当の介護支援専門員やサービス提供者、その他の関係者に連絡を図り、それらの経過を記録に残していく。

(2) 苦情相談窓口

窓口	電話	FAX
事業所担当者	羽室 雄貴 075-959-3350	075-951-5211
長岡京市 健康福祉部 高齢介護課	075-955-2059	075-951-5410
京都府国民健康保険団体連合会	075-354-9090	075-354-9055

※受付時間は平日 8：45～17：00（基本）

サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本契約書及び重要事項説明書に基づいて、重要事項を説明しました。

契約締結日 年 月 日

名称	せんしゅんかいグループホーム 小春
介護保険指定番号	2693000131
所在地	京都府長岡京市今里庄ノ淵32
代表者名	医療法人社団 千春会 理事長 菊地 孝三 印
説明者	印

- (1) 私は、本契約書及び重要事項説明書により事業者からサービスについての重要事項の説明を受け、事業者が関係機関に対して、私の計画の作成等に必要な個人情報や介護者の個人情報を提供することに同意します。
- (2) 私は、本契約書及び重要事項説明書により事業者から、介護保険一部負担金や利用料等の説明を受け、これに基づいて支払うことに同意します。
- (3) 事業者が、介護サービスや業務の維持・改善のために使う資料や、施設において行われる学生等の教育の場への協力に、利用者及び介護者の個人情報を提供することに同意します。
- (4) 本契約書及び重要事項説明書は、原本 2 通を作成し事業所および利用者それぞれ署名または記名、捺印の上、各自その 1 通を保有する事とします。

利用者名	住所
	名前 印
利用者代理人	住所
	名前 印
身元引受人	住所
	名前 印

- (5) 個人情報については、上記に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

家族	住所
	名前 印

せんしゅんかいグループホーム小春

緊急連絡先（重要事項説明書・別紙 1）

【緊急連絡先】

緊急連絡先 ①	氏名	続柄()
	住所	
	連絡先①	
	連絡先②	
	連絡先③	
緊急連絡先 ②	氏名	続柄()
	住所	
	連絡先①	
	連絡先②	
	連絡先③	

【主治医】

医療機関名	
医師名	
連絡先	

【緊急時医療機関】

医療機関名	
連絡先	

別紙 1 について説明を受け、同意いたします。

年 月 日

ご利用者様 _____ 印

ご家族様 代理人様 _____ 印