

介護付有料老人ホームさくらリビング川之江

利用契約書

（重要事項説明書付）

（介護予防）特定施設入居者生活介護サービス

くろしお医療福祉株式会社

重要事項説明書

		記入年月日	令和7年2月1日
記入者名	内田 真理	所属・職名	管理者

1. 事業主体概要

事業主体の名称、主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先					
事業主体の名称	法人等の種類	なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり 株式会社		
	名称	(ふりがな) くろしおいりょうふくしかぶしがいいしゃ くろしお医療福祉株式会社			
事業主体の主たる事務所の所在地	〒781-0813	高知県高知市青柳町4-9-1			
事業主体の連絡先	電話番号	088-856-9640			
	FAX 番号	088-883-5700			
	メールアドレス	kuroshio@ark.ocn.ne.jp			
	ホームページ	なし			
	アドレス				
事業主体の代表者の氏名及び職名	氏名	古谷 恭一			
	職名	代表取締役			
事業主体の設立年月日	平成24年10月 1日				
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)				

2. 有料老人ホーム事業の概要

(住まいの概要)

名称	(ふりがな) かいごつきゆうりょうろうじんほーむ さくらりびんぐかわのえ 介護付有料老人ホーム さくらリビング川の江		
所在地	〒799-0111 四国中央市金生町下分996-1		
主な利用交通手段	最寄駅	JR 川の江駅	
	交通手段と所要時間	JR 川の江駅から徒歩24分	
連絡先	電話番号	0896-22-3031	
	FAX 番号	0896-22-3032	
	メールアドレス	Sakuraliving001@gmail.com	

		<div> <div> <div>契約期間</div> <div> 1 あり (年 月 日～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 2 なし </div> </div> <div> <div>契約の自動更新</div> <div> <input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし </div> </div> </div>				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	<input checked="" type="checkbox"/> 1 全室個室（夫婦部屋）				
		2 相部屋あり				
		最少		人部屋		
		最大		人部屋		
		トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分※
	タイプ1	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	11.79 m ²	34	一般居室個室
	タイプ2	<input checked="" type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input checked="" type="checkbox"/> 無	15.13 m ²	1	一般居室 夫婦室
	タイプ3	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
	タイプ4	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²		
タイプ5	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 / <input type="checkbox"/> 無	m ²			
※「一般居室個室（夫婦部屋）」「一般居室相部屋」「介護居室個室（夫婦部屋）」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。						
共用施設	共用便所における 便房	2ヶ所	うち男女別の対応が可能な便房	1ヶ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房	1ヶ所		
	共用浴室	2ヶ所	個室	1ヶ所		
			大浴場	1ヶ所		
共用浴室における	ヶ所	チェアー浴	1ヶ所			
	介護浴槽		リフト浴	0ヶ所		
			ストレッチャー浴	1ヶ所		
			その他（ ）	ヶ所		
	食堂兼機能訓練室	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
	入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし				
	エレベーター	1 あり（車椅子対応） <input checked="" type="checkbox"/> 2 あり（ストレッチャー対応） 3 あり（上記1・2に該当しない） 4 なし				
消防用設備等	消火器	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
	自動火災報知設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
	火災通報設備	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
	スプリンクラー	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				
	防火管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし				

	防災計画	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
その他		

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	<p>1. 入居者の意志及び人格を尊重して、常に入居者・家族の立場に立ったサービスの提供に努め、入居者の体調の変化等に応じた適切なサービスを提供できるように支援する。</p> <p>2. 入居に当たっては、主治医、当該利用者の利用している訪問看護事業者、関係市町、居宅介護支援事業者その他保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。</p>
サービスの提供内容に関する特色	入居者様の意思を尊重し、自立支援を基本としたサービス提供を行う
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	生活機能向上連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	協力医療機関連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	栄養スクリーニング加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	退居時情報提供加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	退院・退所時連携加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	新興感染症等施設療養費	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	看取り介護加算	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	生産性向上推進体制加算	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	認知症専門	(Ⅰ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	ケア加算	(Ⅱ) 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
	サービス提	(Ⅰ) イ 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし

	供体制強化 加算	(Ⅰ) ロ	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅱ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
		(Ⅲ)	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの 実施の有無	1 あり		(介護・看護職員の配置率) : 1
	<input type="checkbox"/> 2 なし		

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		1 救急車の手配	
		2 入退院の付き添い	
		3 通院介助	
		4 その他（ ）	
協力医療機関	1	名称	HITO 病院
		住所	愛媛県四国中央市上分町 788-1
		診療科目	内科/循環器科/消化器科/腎臓内科/ 人工透析内科/リハビリテーション科
		協力内容	医学的助言・急変時の処置
	2	名称	石川クリニック
		住所	愛媛県四国中央市上分町 732-1
		診療科目	一般内科、外来診療
		協力内容	医学的助言、急変時の処置
協力歯科医療機関		名称	医療法人あき歯科医院
		住所	愛媛県四国中央市妻鳥町 1 6 9 5-1
		協力内容	歯科診療

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
	要介護の者	<input type="checkbox"/> 1 あり 2 なし
留意事項		
契約の解除の内容	入居契約書のとおり	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	入居契約書のとおり
	解約予告期間	2ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	1 あり (内容:)	
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
入居定員	36人	
その他		

5. 職員体制

(職種別の職員数)

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1.0
生活相談員	1	1		1.0
直接処遇職員				12.5
介護職員	16	5	11	9.4
看護職員	4	3	1	3.1
機能訓練指導員	1	1		1.0
計画作成担当者	1	1		1.0
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数				
※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。				

(資格を有している介護職員の人数)

	合計	常勤	非常勤
	17		
社会福祉士			
介護福祉士	9	3	6
実務者研修の修了者 (旧基礎研修・1級課程)	1	1	
初任者研修の修了者 (旧2級課程)	6	2	4
介護支援専門員	1	1	

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	常勤	非常勤
看護師又は准看護師			
理学療法士	1	1	
作業療法士			
言語聴覚士			

	3年以上 5年未満										
	5年以上 10年未満										
	10年以上										
従業者の健康診断の実施状況				<input checked="" type="checkbox"/> 1	あり 2 なし						

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】		<input checked="" type="checkbox"/> 1 利用権方式 2 建物賃貸借方式 3 終身建物賃貸借方式	
利用料金の支払い方式 【表示事項】		1 全額前払い方式	
		2 一部前払い・一部月払い方式	
		<input checked="" type="checkbox"/> 3 月払い方式	
		4 選択方式	1 全額前払い方式
		※該当する方式を全て選択	2 一部前払い・一部月払い方式
年齢に応じた金額設定		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
要介護状態に応じた金額設定		1 あり	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし
入院等による不在時における 利用料金（月払い）の取扱い		<input checked="" type="checkbox"/> 1 減額なし 2 日割り計算で減額 3 不在期間が 日以上の場合に限り、日割り計算で減額	
利用料金の 改定	条件	物価変動、人件費上昇等、やむを得ない事情により、改定する場合がある。	
	手続き	運営懇談会の意見を聴く。	

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度	2（1割負担）	5（1割負担）
	年齢	80歳	80歳
居室の状況	床面積	11.79 m ²	15.13 m ²
	便所	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無	<input checked="" type="checkbox"/> 1 有 2 無
	浴室	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input checked="" type="checkbox"/> 2 無
入居時点で必要な費用	前払金	0円	0円
	敷金	0円	0円
月額費用の合計		132,420円/月	138,510円/月
家賃		32,000円/月	32,000円/月

サービス費用	特定施設入居者生活介護※1の費用		18,120円/月	24,210円/月
	介護保険外※2	食費※3	48,000円/月	48,000円/月
		共益費	20,000円/月	20,000円/月
		光熱水費	14,300円/月	14,300円/月
		その他	円	円

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

※3 食費は1600円（税別）/日であり、ひと月の日数によって変動する。

た

【退去時クリーニング費用】

エアコンクリーニング：（業者見積取得の上実費請求）

壁（クロス）・床等の修繕費用：

クロス張替え 1 m²単価：都度見積取得の上実費（リビング・寝室・天井・キッチン・洗面所・トイレ等）
 タイルカーペットの張替え 1 m²単価：都度見積取得の上実費 諸経費：都度見積取得の上実費

「月額費用の合計」欄の費用は月額である。

（注）NHK受信料については、入居者が個々で契約して負担してください。

（介護保険に係る利用料） 1ヶ月30日の場合

要介護度	1割負担日額	1割負担月額
要支援1	183円/1日	5,490円/30日
要支援2	313円/1日	9,390円/30日
要介護1	542円/1日	16,260円/30日
要介護2	609円/1日	18,270円/30日
要介護3	679円/1日	20,370円/30日
要介護4	744円/1日	22,320円/30日
要介護5	813円/1日	24,390円/30日

（備考：2割負担の方は上記金額の2倍、3割負担の方は上記金額の3倍の料金がかかります。）

項目	単価	1割負担日額	1割負担月額
個別機能訓練加算（Ⅰ）	120円/日（12単位）	12円/日	360円/30日
個別機能訓練加算（Ⅱ）	200円/月（20単位）		20円/月
夜間看護体制加算	90円/日（10単位）	9円/日	270円/30日
若年性認知症入居者受入加算	1,200円/日（120単位）	120円/日	3,600円/30日
協力医療機関連携加算	1,000円/月（100単位）		100円/月
科学的介護推進体制加算	400円/月（40単位）		40円/月
退居時情報提供加算	2,500円/回（250単位）	250円/回	250円/回
退院・退所時連携加算	300円/日（30単位）	30円/日	900円/30日

高齢者施設等感染対策向上加算	100 円/月(10 単位)		100 円/月
新興感染症等施設療養費	2,400 円/日(240 単位)	240 円/日	1,200 円/5 日
看取り介護加算(Ⅰ)			
死亡日以前 31 日～45 日	720 円/日(72 単位)	72 円/日	1,080 円/15 日
死亡日以前 4 日～30 日	1,440 円/日(144 単位)	144 円/日	3,888 円/27 日
死亡日前日及び前々日	6,800 円/日(680 単位)	680 円/日	1,360 円/2 日
死亡日	12,800 円/日(1,280 単位)	1,280 円/日	1,280 円/1 日
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数に 122/1000 を乗じた単位数。自己負担は、上記単位数に地域区分(10.00)を乗じて出た金額の約 1 割～3 割		

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
家賃	有料老人ホーム賃料より積算
敷金	家賃の 0 ヶ月分
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
共益費	共用部分の光熱費・維持管理費
食費	手配に係る人件費、交通費 朝 300 円 昼 600 円 夜 700 円
光熱水費	14,300 円/月 入居者均等負担
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添 2
その他のサービス利用料	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	介護報酬告示上の額の 1 割～3 割
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス(上乘せサービス)	なし
※介護予防・地域密着型の場合を含む。	

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	9 人
	女性	26 人
年齢別	65 歳未満	1 人
	65 歳以上 75 歳未満	2 人
	75 歳以上 85 歳未満	11 人
	85 歳以上	21 人

要介護度別	自立	人
	要支援 1	1 人
	要支援 2	6 人
	要介護 1	4 人
	要介護 2	8 人
	要介護 3	5 人
	要介護 4	6 人
	要介護 5	5 人
入居期間別	6 ヶ月未満	6 人
	6 ヶ月以上 1 年未満	10 人
	1 年以上 5 年未満	19 人
	5 年以上 10 年未満	人
	10 年以上 15 年未満	人
	15 年以上	人

(入居者の属性)

平均年齢	85 歳
入居者数の合計	35 人
入居率※	97%

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人数	自宅等	人
	社会福祉施設	3 人
	医療機関	3 人
	死亡者	1 人
	その他	人
生前解約の状況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例) 他、特別養護老人ホームへの転居
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	くろしお医療福祉株式会社	
電話番号	088-856-9640	
対応している時間	平日	午前 9 時～午後 5 時

	土曜	午前9時～午後5時
	日曜・祝日	休み
定休日	日曜、祝祭日、12月30日～1月3日	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	1 あり	(その内容) 施設賠償責任保証
	2 なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	1 あり	(その内容) 見舞金補償、初期対応費用、人格権侵害補償、限度額1億円
	2 なし	
事故対応及びその予防のための指針	1 あり 2 なし	

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	1 あり	実施日	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		
第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
管理規程	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
事業収支計画書	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 2回
	<input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
	<input type="checkbox"/> 2 代替措置なし	
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名:)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
	<input type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導指針「5. 規模及び構造設備」に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合の内容	居室の面積 (指針上 13 m ² 以上に対し、11.79 m ²) 廊下幅 (指針上 1.8m以上に対し、1.668m)	
「6. 既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合性	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置)	
	<input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画)	
	<input checked="" type="checkbox"/> 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項	あり	
不適合事項がある場合の内容	居室の面積 (指針上 13 m ² 以上に対し、11.79 m ²) 廊下幅 (指針上 1.8m以上に対し、1.668m)	

添付書類：別添 1 (別に実施する介護サービス一覧表)

別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※ _____ 様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添 1 事業主体が県内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類			事業所の名称	所在地
＜居宅サービス＞				
訪問介護		なし		
訪問入浴介護		なし		
訪問看護		なし		
訪問リハビリテーション		なし		
居宅療養管理指導		なし		
通所介護		なし		
通所リハビリテーション		なし		
短期入所生活介護		なし		
短期入所療養介護		なし		
特定施設入居者生活介護		なし		
福祉用具貸与		なし		
特定福祉用具販売		なし		
＜地域密着型サービス＞				
定期巡回・随時対応型訪問介護看護		なし		
夜間対応型訪問介護		なし		
認知症対応型通所介護		なし		
小規模多機能型居宅介護		なし		
認知症対応型共同生活介護		なし		
地域密着型特定施設入居者生活介護		なし		
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		なし		
看護小規模多機能型居宅介護		なし		
居宅介護支援		なし		
＜居宅介護予防サービス＞				
介護予防訪問入浴介護		なし		
介護予防訪問看護		なし		
介護予防訪問リハビリテーション		なし		
介護予防居宅療養管理指導		なし		
介護予防通所リハビリテーション		なし		
介護予防短期入所生活介護		なし		
介護予防短期入所療養介護		なし		
介護予防特定施設入居者生活介護		なし		
介護予防福祉用具貸与		なし		
特定介護予防福祉用具販売		なし		
＜地域密着型介護予防サービス＞				
介護予防認知症対応型通所介護		なし		
介護予防小規模多機能型居宅介護		なし		
介護予防認知症対応型共同生活介護		なし		
介護予防支援		なし		
＜介護保険施設＞				
介護老人福祉施設		なし		
介護老人保健施設		なし		
介護療養型医療施設		なし		
介護医療院		なし		

別添 2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無				なし		備 考	
介護サービス	特定施設入居者生活介護 （利用者負担※1）	個別の利用料で、実施するサービス （利用者が全額負担）	包含※2		料金※3		
			都度※2				
介護サービス	食事介助	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	実費徴収	
	排泄介助・おむつ交換	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		
	おむつ代			なし	<input checked="" type="checkbox"/>		
	入浴（一般浴）介助・清拭	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		
	特浴介助	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		
	身辺介助（移動・着替え等）	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		
		機能訓練	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	
		通院介助	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	
	生活サービス						
	健康管理サービス	居室清掃	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	
リネン交換		なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		
日常の洗濯		なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		
居室配膳・下膳		なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		
入居者の嗜好に応じた特別な食事 おやつ				なし	あり		
理美容師による理美容サービス				なし	あり		
買い物代行		なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		
役所手続き代行		なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		
金銭・貯金管理		なし		<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり	
健康管理サービス							
入退院時・入院中のサービス	定期健康診断			なし	あり		
	健康相談	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		
	生活指導・栄養指導	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		
	服薬支援	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		
	生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		
入退院時・入院中のサービス							
移送サービス	移送サービス	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		
	入退院時の同行	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		
	入院中の洗濯物交換・買い物	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		
	入院中の見舞い訪問	なし	<input checked="" type="checkbox"/>	なし	あり		

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額の利用料に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護 介護付有料老人ホームさくらリビング川之江 利用契約書

様（以下、「利用者」といいます。）と介護付有料老人ホームさくらリビング川之江（以下、「事業者」といいます。）は、事業者が利用者に対して行う特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護サービスについて、次のとおり契約します。

（契約の目的）

第1条 事業者は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって、特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護サービスを提供し、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。

2 本契約に基づき提供されるサービスの内容は本契約第4条及び5条に定めるとおりとします。

（契約期間と更新）

第2条 この契約の契約期間は 令和____年____月____日から利用者の要支援認定又は要介護認定の有効期間満了日までとします。

2 契約満了日の60日前までに、利用者から事業者に対して、文書により契約終了の申し出がない場合、契約は更新されるものとします。

（施設サービス計画の作成・変更）

第3条 事業者は、次の各号に定める事項を介護支援専門員に行わせます。

(1)利用者について解決すべき課題を把握し、利用者の意向を踏まえた上で、特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護サービスの目標およびその達成時期、サービスの内容、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ施設サービス計画を作成します。

(2) 必要に応じて施設サービス計画を変更します。

(3) 施設サービス計画の作成および変更に際してはその内容を利用者に説明します。

（介護保険給付対象サービスの内容）

第4条 本契約において、「介護保険給付対象サービス」とは、事業者が利用者に対して提供する、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を対象とします。

（保険給付対象外サービス）

第5条 本契約において、「保険給付対象外サービス」とは、前条に定める以外のサービスをいいます。

（身体拘束等の禁止）

第6条 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、車いすやベッドに胴や四肢を縛る、上肢を縛る、ミトン型の手袋をつける、腰ベルトやY字型抑制帯をつける、介護衣（つなぎ）を着せる、車いすテーブルをつける、ベッド柵を4本つける、居室の外から鍵を掛ける、向精神薬を過度に使用する等の方法による身体的拘束を行いません。

(介護の場所)

第7条 事業者は、利用者に対し本契約に基づくサービスを原則として施設における入居者の介護専用居室及び一時介護室において提供します。

2 事業者は、利用者に対しより適切な介護のため必要と判断する場合に、本契約に基づくサービスの提供の場所を施設内において変更することがあります。

3 前項の必要性の判断及び介護の場所の変更にあたっては、次の各号のすべてを満たすこととします。

(1)医師の意見を聴くこと

(2)利用者の意思を確認するとともに、連帯保証人の意見を聴くこと

(3)一定の観察期間を設けること

4 前項により、利用者の介護の場所を変更する場合、事業者は変更先の場所の概要、提供されるサービスの内容、費用負担等について、利用者及び連帯保証人に説明します。

(要介護認定の申請に係る援助)

第8条 事業者は、利用者が要介護認定の更新申請を円滑に行えるよう利用者を援助します。

2 事業者は、利用者が希望する場合は、要介護認定の申請を利用者に代わって行います。

(要介護認定確認)

第9条 利用者及び連帯保証人は要介護認定等が確定、更新、変更された場合は、速やかに下記に定める内容を事業者に通知するものとします。

(1)要介護認定等の内容及びその認定日、有効期間

2 前項の確認に際して、事業者は、利用者に対して、次の各号に定める事項について説明を行い、それについての利用者及び連帯保証人の意思を確認します。

(1)本契約第4条に定める「介護保険給付対象サービス」に関し、介護保険給付の対象となる費用の支払について、介護保険法令等に定める法定代理受領サービスを選択することに同意

(2)本契約第4条に定める「介護保険給付対象サービス」が別に定める基準を上回る場合において、これに必要な費用として前号の費用とは別に支払うべき費用の額への同意

(3)本契約第5条に定める「保険給付対象外サービス」に対して支払うべき費用の額への同意

(4)本契約に基づくサービスの利用に関して、入居者が負担する利用料金や支払方法等が変更された場合の同意

(5)その他利用者または事業者において必要と考えられる事項

(サービスの提供の記録)

第10条 事業者は、特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護サービスの提供に関する記録を作成することとし、これをこの契約終了後5年間保管します。

2 利用者は、10時から16時の間に事務室にて、当該利用者に関する第1項のサービス実施記録を閲覧できます。

3 利用者は、当該利用者に関する第1項のサービス実施記録の複写物の交付を受けることができます。

（事業者の守秘義務）

第 11 条 事業者は、正当な理由なしに、本契約に基づくサービスを提供する上で知り得た利用者またはその家族等に関する事項を第三者にもらしません。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続します。

2 事業者は、あらかじめ別に定めた文書（個人情報使用同意書）により、利用者及びその家族の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず同意書に示されている条件のもとで、情報提供を行うことができます。

（サービス利用料金）

第 12 条 利用者は、事業者に対して、介護保険法令等及び本契約に基づき提供されたサービスの利用料金を、「サービス計画」（本契約第 3 条）に基づき支払うものとします。

2 事業者は、利用者及び連帯保証人に対して、本契約に基づき提供したサービスの内容に基づき、利用者が支払うべき利用料金の内訳やサービス内容等を記載した請求書を予め送付します。

（利用料金の変更）

第 13 条 本契約第 9 条第 2 項第 1 号に定める費用として支払う利用料金、その他介護保険法令等の変更があった場合、事業者は利用者及び連帯保証人等への説明を行い、当該利用料金等を変更することができます。

2 本契約第 9 条第 2 項第 2 号、第 3 号及び別表 1 に定める費用として支払う利用料金について、事業者は、利用者及び連帯保証人の同意を得た上で、当該利用料金を変更することがあります。この場合、事業者は施設の所在する地域の自治体が発表する消費者物価指数及び人件費等を勘案する等の手続きをとるものとします。

（証明書の交付）

第 14 条 事業者は、本契約に基づきサービス利用料金の支払いを受けたときは、利用者の求めに応じてサービス提供証明書を交付します。

（賠償責任）

第 15 条 事業者は、サービス提供に伴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、利用者に対しその損害を賠償します。

（契約の終了）

第 16 条 利用者は、事業者に対して（14 日間の予告期間において）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。

2 次の事由に該当した場合、事業者は、利用者に対して、30 日間の予告期間におい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が正当な理由なく 2 か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 7 日間以内に支払われない場合

(2) 利用者が病院または診療所に入院し、明らかに 2 か月以内に退院できる見込がない場合または入院後 2 か月経過しても退院できないことが明らかになった場合

(3) 利用者が、事業者やサービス従業者または他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

(4) やむを得ない事情により施設を閉鎖または縮小する場合

3 利用者が要介護認定の更新で非該当（自立）と認定された場合、所定の期間の経過をもってこの契約は終了します。

4 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) 利用者が他の介護保険施設に入所した場合

(2) 利用者が死亡した場合

（精算）

第 17 条 第 16 条の規定に基づき、本契約が終了した場合において、利用者が既に実施されたサービスに対する利用料金支払義務、その他事業者に対する義務を負担しているときは、契約終了日から 1 週間以内に精算するものとします。その際、1 か月に満たない期間のサービスに関する利用料金の支払額については、利用日数に基づいて計算した金額とします。

（退所時の援助）

第 18 条 事業者は、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、利用者が退所後に置かれることとなる環境等を勘案し、円滑な退所のために必要な援助を行います。

（連帯保証人及び残置物引取人等）

第 19 条 事業者は、利用者に対し連帯保証人を求めることがあります。ただし、社会通念上連帯保証人を立てることができない相当の理由があると認められる場合は、連帯保証人に代えて残置物引取人を求めることがあります。

2 連帯保証人は、この契約に基づく利用者の事業者に対する一切の責務につき、利用者と連帯して履行する責任を負います。

3 本条第 1 項による残置物引取人と事業者は別途覚書を締結することとする。

（相談・苦情対応）

第 20 条 事業者は、本契約に基づくサービスに関する利用者からの相談・苦情に対応する窓口を施設に設置します。

2 利用者は、四国中央市の介護保険関連部署、愛媛県国民健康保険団体連合会等の外部苦情申立機関や紛争解決機関に苦情を申し立てることができます。

3 事業者は、前 2 項による要望、苦情等に対して迅速かつ対応するものとし、利用者に対して、これを理由として差別的な待遇を行いません。

（協議事項）

第 21 条 本契約に定めのない事項及び疑義がある場合は、介護保険法令等の定めるところを遵守し、事業者と利用者が協議の上、誠意をもって解決するものとします。

（裁判管轄）

第 22 条 この契約に関して利用者と事業者の間に紛争が生じたときには、高知地方裁判所または高知簡易裁判所をもって合意管轄裁判所とします。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

契約締結日 年 月 日

契約者氏名

事業者

<事業者名> くろしお医療福祉株式会社

<住 所> 高知県高知市青柳町49番地1

<代表者名> 代表取締役 古谷 恭一 ㊞

私は、利用契約に関する重要事項の説明を受け、その内容に同意した上で契約します。

利用者

<住 所>

<氏 名> ㊞

(代理人) (利用者との関係:)

<住 所>

<氏 名> ㊞

個人情報利用同意書

(事業者及び事業所)

事業者住所 〒781-0813 高知県高知市青柳町4-9番地1

代表者名 くろしお医療福祉株式会社

代表取締役 古谷 恭一

事業所住所 〒799-0111 愛媛県四国中央市金生町下分996番地1

事業所名 介護付有料老人ホームさくらリビング川之江

＜個人情報保護の趣旨＞

当社が保有する利用者及びそのご家族に関する個人情報については、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。

＜個人情報利用範囲＞

利用者及びそのご家族の個人情報利用については、解決すべき問題や課題など、情報を共有する必要がある場合、および以下の場合に用いらさせていただきます。

- サービス担当者会議等、適切なサービスを円滑に行うために、連携が必要な場合の情報共有のため
- サービス提供に掛かる請求業務などの事務手続き
- サービス利用にかかわる管理運営のため
- 緊急時の医師・関係機関への連絡のため
- ご家族及び後見人様などへの報告のため
- 当社サービスの、維持・改善にかかる資料のため
- 当社の職員研修などにおける資料のため
- 法令上義務付けられている、関係機関からの依頼があった場合
- 損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- 特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する

＜肖像権について＞

当社の、ホームページ・パンフレット・社内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者様の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。使用につきまして以下に○をご記入下さい。

同意する

同意しない

年 月 日

【ご利用者】 住 所 _____

氏 名 _____ 印

【代理人】 住 所 _____

氏 名 _____ 印

署名代行理由：

利用者との関係：

【家族代表】 住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者との続柄：