

利用契約書 及び 重要事項説明書

グループホームよしの村

平成21年4月1日より施行

令和6年6月1日一部改正

1. 事業主体概要

事業主体名	医療法人 明輝会
代表者名	理事長 川上秀一
所在地	鹿児島市吉野3丁目2番5号
事業の目的及び運営の方針	医療法人明輝会が開設するグループホームよしの村（以下事業所という。）が行う指定認知症対応型共同生活介護事業（以下「事業」という。）の適切な運営を確保するため人員及び運営管理に関する事項を定め、事業所の従業者が要介護者等に対し適正な事業を提供することを目的とする。 指定認知症対応型共同生活介護は、利用者の要介護度の軽減若しくは悪化防止の予防に資するよう日常生活に必要な援助を妥当適切に行う。

2. ホーム概要

ホーム名	グループホーム よしの村
所在地	鹿児島市吉野町3823
管理者	宮口由記
開設年月日	菖 蒲：平成11年10月1日 さくら：平成13年 6月1日 すみれ：平成15年 7月1日
保険事業所指定番号	4670101973
電話・FAX番号	さくら 099-244-4412(電話・FAX) すみれ 099-244-9006(電話・FAX)
交通の便	南国交通 花棚方面行き みやこ迫バス停より徒歩7分
敷地概要(権利関係)	賃貸
建物概要(権利関係)	構造：木造平屋建て さくら 延床面積：259.92 m ² すみれ 延床面積：254.86 m ²

設備の概要	さくら	居室 6 畳(8.54m ²) 9 室・食堂兼ディルーム 59.77m ² 家族談話室 8.10m ² ・浴室 4.62m ² ・脱衣所 4.62m ² 厨房 11.50m ² ・便所(3 箇所)・事務室 8.61m ²
	すみれ	居室 6 畳(8.56m ²) 9 室・食堂兼ディルーム 67.78m ² 家族談話室 9.85m ² ・浴室 4.62m ² ・脱衣所 6.48m ² 厨房 11.50m ² ・便所(3 箇所)・事務室 8.61m ² ⁶
緊急対応方法		協力医療機関又は医療連携体制事業所と連絡をとり、 適切な処置を行う
損害賠償責任保険 加入先		損保ジャパン株式会社

3. 職員体制（主たる職員）

職員の職種	員数	常勤 「専従」	非常勤 「専従」	業務内容
管 理 者	1 名	1 名		従業者及び業務管理を一元的に行う
計画作成担当者	2 名	1 名	1 名	利用者に応じた介護計画作成等を行う
介 護 従 事 者	14 名以上	10 名以上	4 名以上	介護サービスの提供を行う
さくら	(7 名)	(5 名)	(2 名)	
すみれ	(7 名)	(5 名)	(2 名)	

4. 勤務体制

昼 間 の 体 制	1 ユニット当たり 3 人 8 : 30 ~ 19 : 00 (9 : 00 ~ 18 : 00 / 8 : 30 ~ 14 : 30 / 10 : 00 ~ 19 : 00)
夜 間 の 体 制	1 ユニット当たり 1 人 (夜勤) 17 : 30 ~ 9 : 30

5. 利用定員

利用者数	1 ユニット当たり定員 9 人 総定員 18 人
------	--------------------------

6. ホーム利用にあたっての留意事項(ご家族へのお願い)

- ・ 面会はできるだけ月 1 回は、心掛けるようお願いします。
- ・ 利用者全員外出の可能性がありますので、面会等については事前にご連絡ください。
- ・ グループホームは利用者の方の住まいではありますが、共同生活でもあります。面会時は静かな言動でお願いします。
- ・ 利用者の方へのお菓子はなるべく糖分の少ないもの(例:おせんべい、果物等)をお願いします。
- ・ 利用者の方の衣類・寝具につきましては、季節ごとの衣替えをお願いします。

- ・ 私たちは、利用者の方の安全と尊厳を大切にしております。できましたら、面会時に職員との意見交換を行いたいと思っております。ご家族からのご要望がありましたらご遠慮なく責任者まで連絡してください。

7. サービスおよび利用料等

実費負担分

家 賃（1日）	1,050 円
水光熱費（1日）	600 円
食 費 1200 円／日	朝 250 円 昼 475 円 夕 475 円
レクリエーション費（1ヶ月）	その都度実費相当額
月額合計（30 日の場合）	85,500 円
月額合計（31 日の場）	88,350 円
月額合計（28 日の場）	79,800 円

＊ 外泊がない場合での金額になっています。

介護保険自己負担分（認知症対応型共同生活介護費Ⅱ）

※平成 30 年 8 月 1 日より、所得に応じて 1 割、2 割、3 割分の利用料を本人が負担することになります。2 割負担の対象になる方は、国の定める「一定以上の所得のある方」として判定された場合、3 割負担の対象になる方は、国の定める「現役並みの所得のある方」として判定された場合です。ご利用者の具体的な利用者負担の割合については、市より交付される「介護保険負担割合証」をご確認ください。

（1 割負担の場合）

	1 日あたりの自己負担分	1 ヶ月(30 日)
要介護 1	7 5 3 円	2 2, 5 9 0 円
要介護 2	7 8 8 円	2 3, 6 4 0 円
要介護 3	8 1 2 円	2 4, 3 6 0 円
要介護 4	8 2 8 円	2 4, 8 4 0 円
要介護 5	8 4 5 円	2 5, 3 5 0 円

（2 割負担の場合）

	1 日あたりの自己負担分	1 ヶ月(30 日)
要介護 1	1, 5 0 6 円	4 5, 1 8 0 円
要介護 2	1, 5 7 6 円	4 7, 2 8 0 円
要介護 3	1, 6 2 4 円	4 8, 7 2 0 円
要介護 4	1, 6 5 6 円	4 9, 6 8 0 円

要介護 5	1, 6 9 0 円	5 0, 7 0 0 円
-------	------------	--------------

(3 割負担の場合)

	1 日あたりの自己負担分	1 ヶ月(30 日)
要介護 1	2, 2 5 9 円	6 7, 7 7 0 円
要介護 2	2, 3 6 4 円	7 0, 9 2 0 円
要介護 3	2, 4 3 6 円	7 3, 0 8 0 円
要介護 4	2, 4 8 4 円	7 4, 5 2 0 円
要介護 5	2, 5 3 5 円	7 6, 0 5 0 円

その他加算

	1 割負担の場合	2 割負担の場合	3 割負担の場合	
若年性認知症利用者受入加算	1 2 0 円／日	2 4 0 円／日	3 6 0 円／日	若年性認知症を受け入れた場合
医療連携体制加算Ⅰ イ	5 7 円／日	1 1 4 円／日	1 7 1 円／日	健康管理・医療連携体制の強化, 職員として看護師を 1 名以上配置
医療連携体制加算Ⅱ	5 円／日	1 0 円／日	1 5 円／日	医療的ケアが必要な入居者を 1 名以上受入れ
退居時相談援助加算	4 0 0 円／1 回	8 0 0 円／1 回	1, 2 0 0 円／日	在宅復帰への調整や連携、情報提供
サービス提供体制強化加算 (Ⅰ)	2 2 円／日	4 4 円／日	6 6 円／日	介護職員の①70%以上が介護福祉士②25%以上が 10 年以上勤務 のいずれか
看取り介護加算	7 2 円／日 1 4 4 円／日 6 8 0 円／日 1, 2 8 0 円／日	1 4 4 円／日 2 8 8 円／日 1, 3 6 0 円／日 2, 5 6 0 円／日	2 1 6 円／日 4 3 2 円／日 2, 0 4 0 円／日 3, 8 4 0 円／日	死亡日以前 3 1 ~ 4 5 日 死亡日以前 4 ~ 3 0 日 死亡日前日及び前々日 死亡日
初期加算	3 0 円／日	6 0 円／日	9 0 円／日	入居日より 3 0 日以内。 3 0 日を超える病院又は診療所への入院後に指定認知症対応型共同生活介護事業所に再び入居した場合。

利用者の入院期間中の体制	246円／日	492円／日	738円／日	退院後の再入居の受入体制を整えている場合（月6日まで）
口腔衛生管理体制加算	30円／月	60円／月	90円／月	歯科医師・歯科衛生士が介護職員に口腔ケアにかかる助言・指導を月1回以上行っている場合
口腔・栄養スクリーニング加算	20円／ 6月に1回	40円／ 6月に1回	60円／ 6月に1回	6ヶ月毎に栄養状態について確認し情報を計画作成担当者に文書で共有した場合
生活機能向上連携加算 （Ⅰ）・（Ⅱ）	100円／月 200円／月	200円／月 400円／月	300円／月 600円／月	医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問し計画作成担当者と生活機能アセスメントを行い生活機能向上を目的とした介護計画を作成している場合
科学的介護推進体制加算	40円／月	800円／月	240円／月	ADL（日常生活動作）、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他心身の状況等に係る等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、その結果を踏まえ、サービス計画の見直しやサービスの提供に当たって、上記の情報を活用した場合に算定します。

身体拘束廃止未 実施減算	10 %／日減算	10 %／日減算	10 %／日減算	身体的拘束等にかかわる必要な手続きが実施されている・適正化のための委員会を定期的に開催し対策や結果の周知を図っている・指針の整備・研修の実施について取組まれている場合
業務継続計画 未実施減算	1 %／日減算	1 %／日減算	1 %／日減算	感染症や非常災害の発生時にサービス提供の継続を図る為の計画を策定・定期的な研修、訓練の実施・計画の定期的な見直しと変更を実施していない場合
介護職員等処遇 改善加算 I	介護報酬額の 18.6 %	介護報酬額の 18.6 %	介護報酬額の 18.6 %	

保険給付サービス	食事・排泄・入浴(清拭)・着替え・介助等の日常生活上の世話、日常生活の中での機能訓練、健康管理、相談、援助等 上記については包括的に提供され、上記の表による要介護度別に応じて定められた金額(省令により変動あり)が自己負担となります。但し、入居後 30 日に限り、上記金額に 1 日あたり 30 単位(30 円)加算されます。(初期加算) 医療連携体制加算は、健康管理・医療連携体制を強化している場合に加算されるものです。 1 日あたり 57 単位(57 円)が加算されます。 ※当事業所は P 6～P 7 の 8 に記載される事業所と契約を締結しています。
----------	--

※医療費については、別途負担となります。

※個人で使用了した品は実費精算で自己負担となります。

8. 医療連携機関等

協 力 医 療 機 関	明輝会クリニック 鹿児島市吉野3丁目2番5号
診療科目、ベッド数等	内科、消化器内科 19床 電話099-244-1500
協 力 医 師	院長 齋藤 俊
協 力 医 療 機 関	吉野東ホームクリニック 鹿児島市吉野町5208-1
診 療 科 目	内科、消化器内科 電話099-295-0555
協 力 医 師	院長 川上秀一
医療連携体制事業所	よしの訪問看護ステーション 電話099-244-5525
管 理 者	尾堂将志（看護師） 鹿児島市吉野二丁目17番15号

9. 苦情相談機関

ホーム苦情相談窓口	グループホームよしの村 担当者：宮口由記 電話・FAX 099-244-4412
外部苦情申立て機関	鹿児島市介護保険課給付係：鹿児島市山下町11-1 電話・099-216-1280 FAX・099-219-4559 受付時間 8:30～17:15
	鹿児島県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護相談室：鹿児島市鴨池新町6-6 鴨池南国ビル7階 電話・099-213-5122 FAX・099-213-0817 受付時間 9:00～17:00
	鹿児島県社会福祉協議会事務局 長寿社会推進部 福祉サービス運営適正化委員会：鹿児島市鴨池新町1-7 県社会福祉センター5階 電話・099-286-2200 FAX・099-257-5707 受付時間 9:00～16:00

事業者は、認知症によって自立した生活が困難になった利用者に対して、家庭的な環境のもとで日常生活の介助を通じて安心と尊厳のある生活を営むことを支援します。

事業者は、本事業の社会的意義と責任を深く認識し、事業経営の安定とサービス水準の維持に努力すると共に、利用者に対してその権利を尊重し、礼節と尊敬をもって接するよう努めます。

また、利用者、利用者代理人は、事業者や他の利用者との間に相互信頼と互助の精神によって良好な関係を形成するように努めなければなりません。

全ての関係者は、利用者が長期にわたり安心かつ快適に暮らせる共同生活の場として機能するようにそれぞれの立場で相協力することを誓います。

第1条(契約の目的)

事業者は、指定認知症対応型共同生活介護の介護保険法関係法令と本契約の各条項に従ってサービスを提供し、利用者又は、利用者代理人は事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

第2条(契約期間と更新)

1. 本契約の期間は令和 年 月 日から 令和 年 月 日までとします。
ただし、契約期間満了日以前に利用者が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日が更新された場合は、変更後の要介護認定満了日をもって契約期間の満了日とします。
2. 契約期間満了日の20日前までに、利用者又は利用者代理人からの書面による更新拒絶の申し出が無い場合、本契約は自動更新され、以降も同様とします。
3. 本契約が自動更新された場合、更新後の契約期間は、期間経過の翌日から更新後の要介護認定有効期間の満了日とします。ただし、契約期間満了日以前に利用者が要介護状態区分の変更の認定を受け、要介護認定有効期間の満了日更新された場合、変更後の要介護認定有効期間の満了日をもって契約期間の満了日とします。

第3条(身元引受人)

1. 事業者は利用者に対して身元引受人を定めることを求めることがあります。ただし、社会通念上、身元引受人を定めることができない相当の理由がある場合はその限りではありません。なお、利用者代理人は身元引受人を兼ねることができます。
2. 身元引受人は、本契約に基づく利用者及び利用者代理人の事業者に対する債務について連帯債務者になると共に、事業者が必要ありと認め要請したときはこれに応じて事業者と協議し身上監護に関する決定、利用者の身柄の引き取り、残置財産の引き取り等を行うことに責任を負います。

第4条（利用基準）

利用者が次の各号に適合する場合、グループホームの利用ができます。

- ① 要介護1以上の被認定者であり、かつ認知症の状態であること。
- ② 少人数による共同生活を営むことに支障がないこと。
- ③ 自傷他害の恐れがないこと。
- ④ 常時医療機関において治療をする必要がないこと。
- ⑤ 本契約に定めることを承認し、重要事項説明書に記載する事業者の運営方針に賛同できること。

第5条（指定認知症対応型共同生活介護計画の作成）

1. 事業者は、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、利用者および利用者代理人と介護従事者との協議の上、援助の目標、当核目標を達成するための具体的サービスの内容等を記載した指定認知症対応型共同生活介護計画（以下[介護計画]という）を速やかに作成します。
2. 事業者は、介護計画作成後においても、そ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。
3. 利用者及び利用者代理人は事業者に対し、いつでも介護計画の内容を変更するよう申し出ることができます。この場合、事業者は明らかに変更の必要がないとき及び利用者又は利用者代理人の不利益となる場合を除き、利用者の希望に沿うように介護計画の変更を行います。
4. 事業者は、前2項及び3項により介護計画を新たに作成した場合はその介護計画を利用者及び利用者代理人に対し、内容を説明するとともに同意を得ます。

第6条（介護サービス内容及びその提供）

1. 事業者は利用者に対して、前条により作成される介護計画に基づき次の各号の各種サービスを提供します。
 - ① 介護保険給付対象サービスとして、下記のサービス等を提供します。ただしこれらのサービスは、内容毎に区分することなく、全体を包括して提供します。
 - ア、入浴、排泄、食事、着替え等の介護
 - イ、日常生活上の世話
 - ウ、日常生活の中での機能訓練
 - エ、相談、援助
 - ② 利用者の食事その他の家事等は、原則として利用者と介護従事者が共同で行うよう努めるものとします。
2. 事業者は利用者に対し、利用開始後の介護計画が作成されるまでの間、利用者がその状態と有する能力に応じた日常生活を営むことが出来るよう適切な各種サービスを提供します。

3. 事業者は、身体的拘束その他利用者の行動を制限しません。ただし利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合はこの限りではありません。

しかし、その場合でも速やかな解除に努めるとともに、理由を利用者本人に説明し、経過を利用者代理人に報告します。

4. 事業者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利用者の利用状況等を把握するようにします。

第7条(協力医療機関・医療連携体制加算等)

1. 事業者は利用者が病気又は負傷等により検査や治療が必要となった場合、その他必要を認めた場合は、利用者の主治医または事業者の協力医療機関において必要な治療等が受けられるよう支援します。

2. 事業者は利用者に健康上の急変があった場合は、消防署もしくは適切な医療機関等と連絡を取り救急治療あるいは緊急入院が受けられるようにします。

3. 事業者はサービス供給体制の確保ならびに夜間における緊急時の対応のために、P 6～P 7の8に記載してある協力医療機関・訪問看護ステーションと連携をとっています。具体的に受けられるサービス内容は以下のとおりとする。

- ・利用者に対する日常的な健康管理
- ・通常及び特に利用者の状態悪化における医療機関（主治医）との連絡調整
- ・看取りに関する指針の整備

連携に当たっては、別途におけるサービス機関と契約により体制を確保し上記のサービスを提供するものとする。

第8条（利用料等の支払）

1. 利用者又は利用者代理人は事業者に対し、介護計画に基づき事業者が提供する介護保険給付サービスの利用料等を支払います。

2. 事業者は利用者が事業者を支払うべき指定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、利用者が介護サービス費として保険者より支給を受ける額の限度において、利用者に代わって保険者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. 事業者は利用者または利用者代理人に対し、毎月15日頃までに、前月の利用料等の請求書を送付します。

4. 利用者又は利用者代理人は事業者に対し、月毎に発行される請求書に基づき銀行口座振込によって指定期日までに支払うものとする。

5. 月の途中における入居または退去については日割り計算とします。

第9条(法定代理受領サービス以外のサービス提供証明書の交付)

事業者は、法定代理受領サービスに該当しない指定認知症対応型共同生活介護サービスを提供した場合において、利用者又は利用者代理人から利用料の支払いを受けたときは、利用者が

償還払いを受けることができるように、利用者又は利用者代理人に対して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。

第 10 条（利用者及び利用者代理人の権利）

利用者及び利用者代理人は、グループホームの介護サービスに関して以下の権利を有します。これらの権利を行使することによって、利用者はいかなる不利益を受けることはありません。

- ① 独自の生活暦を有する個人として尊重され、プライバシーを持ち、尊厳を維持すること
- ② 生活や介護サービスにおいて、十分な情報が提供され個人の自由や好みおよび主体的な決定が尊重されること
- ③ 安心感と自信を持てるよう配慮され、安全と衛生が保たれた環境で生活できること
- ④ 自らの能力を最大限に発揮できるよう支援され、必要に応じて適切な介護を継続的に受けられること
- ⑤ 必要に応じて適切な医療を受けることについて援助を受けられること
- ⑥ 家族や大切な人との通信や交流の自由が保たれ個人情報を守られること
- ⑦ 地域社会の一員として生活し、選挙その他一般市民としての行為を行えること
- ⑧ 暴力や虐待及び身体的拘束を受けないこと
- ⑨ 生活や介護サービスにおいて、いかなる差別を受けないこと
- ⑩ 生活や介護サービスについて職員に苦情を伝え、解決されない場合は専門家又は第三者機関の支援を受けること（苦情受付窓口等は重要事項説明書に記載しています）

第 11 条（利用者および利用者代理人の義務）

利用者及び利用者代理人は、グループホームの介護サービスに関して以下の義務を負います。

- ① 利用者の能力や健康状態についての情報を正しく事業者提供すること
- ② 他の利用者やその訪問者及び事業者の職員の権利を不当に侵害しないこと
- ③ 特段の事情がない限り、事業者の取り決めやルール及び事業者又はその協力医師の指示に従うこと。ただし、利用者又は利用者代理人が介護や医療に関する事業者又はその協力医師の指示に従うことを拒否する旨を明示した書面を事業者に指示し、それによって起こるすべてについて利用者及び利用者代理人が責任を負うことを明らかにした場合はその限りではありません。
- ④ 事業者が提供する各種のサービスに異議がある場合は速やかに事業者知らせること
- ⑤ 市町村ならびに介護保険法のその他省令に基づく事業者への立ち入り調査について利用者及び利用者代理人は協力すること
- ⑥ 利用者代理人又は身元引受人は利用者に関する事業者からの連絡事項に対し迅速に対応すること

第 12 条（造作・模様替え等の制限）

1. 利用者及び利用者代理人は、居室に造作・模様替えをするときは事業者に対して予め書面によりその内容を届け出て事業者の承認を得なければならない。
またその造作・模様替えに要した費用及び契約終了時の原状回復費用は利用者及び利用者代理人の負担とします。
2. 利用者及び利用者代理人は、事業者の承認なく居室の鍵を取り替えたり、付け加えたりすることはできません。
3. 利用者及び利用者代理人は、居室以外のグループホーム内の造作・模様替えをしてはなりません。

第 13 条（契約の終了）

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 要介護の認定更新において、利用者が自立もしくは要支援 1・2 と認定された場合
- ② 利用者が死亡した場合
- ③ 利用者又は利用者代理人が第 14 条に基づき本契約の解除を通知し、予告期間が満了した日
- ④ 事業者が第 15 条に基づき本契約の解除を通知し、予告期間を満了した日
- ⑤ 利用者の病状、心身状態等が著しく悪化し、当事業所においてサービス提供が困難と判断された場合
- ⑥ 医療機関における入院が 30 日以上経過した場合
(ただし、利用者が長期にグループホームを離れる場合でも、利用者又は扶養者と事業者の協議のうえ、居室確保等に合意したときは本契約を継続することができます。)
- ⑦ 利用者が他の介護療養施設等への入所が決まり、その施設の側受け入れが可能となったとき
- ⑧ 利用者が当事業所、当事業所職員又は外の入居者に対して利用継続が困難となる程度の背信行為又は反社会的行為を行った場合
- ⑨ 天災、災害、事業所・設備の故障その他止むを得ない理由により当事業所を利用させることができない場合

第 14 条（利用者の契約解除）

利用者及び利用者代理人は事業者に対し、いつでも 30 日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。

第 15 条（事業者の契約解除）

事業者は利用者及び利用者代理人に対し、次の各号に該当する場合においては適切な予告期間において、この契約を解除することができます。

ただし事業者は解除予告をするに当たっては、次の第 2 号を除き利用者及び利用者代理人に十分な弁明の機会を設けるものとします。

- 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1ヶ月滞納したとき
- 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恐れがあると医師が認め、かつ利用者の退去の必要があるとき
- ③ 利用者の行動が他の利用者の生活又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、かつ利用者に対する通常の介護方法でこれを防止することが出来ないと事業者が判断したとき
- ④ 入居後利用者の状態が変化し、当施設内での生活に著しく支障がでると判断したとき
- ⑤ 利用者又は利用者代理人が故意に法令その他本契約の条項に重大な違反をし、改善の見込みがないとき
- ⑥ 要介護の認定更新において利用者が自立もしくは要支援と認定された場合
- ⑦ 疾病などにより当施設での生活が困難で他病院、施設への入院2ヶ月以上に及び当施設での共同生活に戻れないと判断されたとき
- ⑧ 利用者が死亡した場合

第16条（退去時の援助及び費用負担）

1. 契約の解除あるいは終了により利用者が事業所を退去するときは、事業者は予め退去先が決まっている場合を除き、居宅介護支援事業者又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、利用者及び利用者代理人に対して円滑な退去のために必要な援助を行います。
2. 退去決定後は利用者及び利用者代理人が期日までに利用者個人分の荷物等を運び出し、費用は全て利用者及び利用者代理人負担とします。
3. 利用者は、通常の使用による損耗を除いて、居室その他利用部分について原状回復義務を負います。
4. 利用者は、事業所の退去にあたり、有益費の償還請求及び造作の買取請求をしないことを予め約束します。

第17条（損害賠償）

1. 事業者は利用者に対する介護サービスの提供に当って万が一事故が発生し、事業者の故意又は過失により、利用者の生命・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利用者に対して損害を賠償します。ただし利用者に重過失がある場合、事業者は賠償責任を免除され、または賠償額を減額されることがあります。
2. 事業者は万が一の事故発生に備えた重要事項説明書記載の通り損害賠償責任保険に加入しています。
3. 利用者の故意または重過失により、居室又は備品に通常の保守・管理の程度を超える補修等が必要となった場合には、その費用は利用者又は利用者代理人が負担します。

第18条（個人情報の保護）

利用者の個人情報を含む介護計画、及び各種記録については、関係法令及びガイダンス

等に基づき個人情報の保護に努めます。

- 2 また、個人情報の取り扱いに関する利用者からの苦情については、苦情処理体制に基づき適切かつ迅速に対応します。

第 19 条（秘密保持）

事業者は、サービス提供する上で知り得た利用者及びその家族、利用者代理人等に関する秘密については、利用者または第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由ある場合を除いて、契約中及び契約終了後も他にもらすことはありません。

- 2 事業所は、居宅介護支援事業者等に対して、利用者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により利用者・家族等の同意を得るようにします。

第 20 条（連帯保証人）

連帯保証人は、利用者と連帯して、本契約から生じる利用者の全ての債務について、次項に定める極度額を上限として保証債務を負担します。なお、本契約が更新された場合においても、同様とします。

- 2 前項の連帯保証人の負担は、後記署名欄記載の極度額を限度とします。
- 3 利用者は、事業者による連帯保証人に対する履行の請求によって、利用者についても履行の請求の効力を生ずることに同意します。

第 21 条（合意管轄）

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、鹿児島地方裁判所をもって第一審管轄裁判所とすることを利用者及び利用者代理人、事業者は予め合意します。

第 22 条（契約に定めのない事項）

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利用者及び利用者代理人、事業者が協議のうえ誠意を持って処理するものとします。

以上の契約の証として本契約書を二通作成し、各契約当事者が署名し、利用者又は利用者代理人及び事業者が各自その一通を保有します。

令和 年 月 日

ご 利 用 者	私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、内容を確認いたしました。 私は、この契約書内容に同意し入居契約を致します。 なお、医師・居宅支援事業所等への情報提供、及びサービス担当者会議等において必要な個人情報を用いることに同意致します。					
	住 所	〒□□□-□□□□				
	氏 名					
	電 話 番 号	-	-	F A X	-	-
家 族 代 表	氏 名					
	住 所	〒□□□-□□□□				
	電話番号					
代 理 人	私は、本人に代わり上記署名を行いました。 私は、本人の契約意思を確認しました。					
	本人との関係		署名代行の理由			
	住 所	〒□□□-□□□□				
	氏 名					
	電 話 番 号	-	-	F A X	-	-
	緊 急 連 絡 先	-	-	電 話	-	-

身元引受人	利用者と の関係			私は、本契約書の各条項を承認し、利用者の身元引 受人として、第3条の責任を負います。		
	住 所	〒□□□-□□□□				
	氏 名					
	電話番号	-	-	F A X	-	-
	緊急連絡先	-	-	電 話	-	-
連帯保証人	利用者と の関係			私は、本契約書の各条項を承認し、利用者の連帯保 証人として、第20条の責任を負います。		
	住 所	〒□□□-□□□□				
	氏 名					
	電話番号	-	-	F A X	-	-
	緊急連絡先	-	-	電 話	-	-
	極 度 額	金	円	私は、左記の極度額を上限として本契約に基づく 利用者の債務について連帯してお支払いします。		

事 業 者	当事業者は介護保険事業サービス事業所として利用者の申し込みを受託し入居 契約の締結を確認しました。	
	所在地	〒892-0871 鹿児島市吉野町 3823 番地
	名 称	グループホーム よしの村
	介護保険指定番号	4670101973
	代表者名	医 療 法 人 明 輝 会 理 事 長 川 上 秀 一
	電話番号・F A X	0 9 9 - 2 4 4 - 4 4 1 2

なお、本書面に基づいて重要事項の説明者は、管理者の 宮口 由記 です。

誓 約 書

今般貴事業所を利用することとなりました_____についての利用料については、下記の者_____をその支払いをする責任者と定め、貴事業所が定めた期日までに完全履行することを誓約いたします。

なお、万が一契約の不履行等により、貴事業所が裁判等の公的機関に上申されることについて異議のないことを申し添えます。

令和 年 月 日

医療法人 明輝会
理事長 川上秀一 様

事業所利用者氏名 _____

上記者の利用料支払責任者

〒 _____

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____