

特定非営利活動法人ほっとスマイル

指定生活介護事業所 スマイル 利用契約書

_____（以下「利用者」という。）と特定非営利活動法人ほっとスマイル（以下「事業者」という。）は、事業者が利用者に対し提供する「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 この契約は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「障害者総合支援法」という。）等関係法令の理念に則り、利用者の自立と社会経済活動への参加を促進するために、事業者が個別支援計画に基づき利用者に対して必要なサービスを適切に行うことを定めます。

（契約期間）

第2条 この契約の期間は、受給者証の支給決定期間と同じとし、利用者と事業者双方から申し出がない場合は、そのまま自動更新といたします。

（個別支援計画）

第3条 事業者は、利用者の置かれている環境及び日常生活全般の状況等を通じて利用者が希望する生活や課題等の把握を行い、適切な支援内容を検討し、個別支援計画を作成します。

2 事業者は、個別支援計画の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により同意を得ることとします。

3 事業者は、個別支援計画作成後、実施状況の把握を行い、少なくとも6ヶ月に1回以上個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて個別支援計画の変更を行います。変更については利用者又はその家族に説明をし、文書により同意を得ることとします。

（事業の主たる対象とする障害の種類とサービス内容）

第4条 事業者は、別紙「重要事項説明書」に記載している主たる対象とする障害種別の利用者に対して、同じく別紙「重要事項説明書」に記載しているサービス内容を提供します。

（利用料金）

第5条 利用者は、別紙「重要事項説明書」に記載する介護給付費等対象サービスに対して、利用者負担額（厚生労働大臣の定める基準により算出した費用の額から介護給付費等の額を控除した額。「受給者証」に記載されている負担上限月額が、利用者の1ヶ月の負担の上限額となります。）を事業者に支払います。なお、介護給付費等については、事業者が市町村から代理受領をした場合は、利用者は直接支払う必要はありません。利用者は、別紙「重要事項説明書」に記載する介護給付費対象外サービス（実費）に対して、所定の料金を事業者に支払います。

- 2 事業者は、サービス利用に当たって、あらかじめ利用者に対しサービスの内容及び料金について説明を行い、利用者の同意を得ることとします。

(利用料の支払い方法)

第6条 利用者は、前条第1項及び第2項に定める額の合計額（以下「利用料金」という。）を月ごとに事業者を支払います。

- 2 事業者は、利用料金に係る請求書を、別紙「重要事項説明書」に記載されている期日までに利用者に通知します。
- 3 利用者は、請求があった利用料金について、別紙「重要事項説明書」に記載されている期日までに事業者を支払います。
- 4 事業者は、利用者から利用料金の支払いを受けた時は、利用者に領収証を交付します。

(生産活動と工賃の支払)

第7条 事業者は、第3条に規定する個別支援計画において生産活動の内容を定め、利用者に対して生産活動の機会を提供します。

- 2 事業者は、生産活動における事業収入から必要経費を控除した額に相当する工賃を生産活動に従事された利用者に支払います。

(説明義務)

第8条 事業者は、契約に基づく内容について、利用者の質問等に対して適切に説明を行います。

(安全配慮義務並びに事故発生時の対応)

第9条 事業者は、サービスの提供にあたって利用者の生命、身体の安全確保に配慮します。

- 2 事業者は、利用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、速やかに都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。

(緊急時の援助)

第10条 事業者は、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに協力医療機関又は利用者の指定する医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

- 2 前項のほか、事業者は、利用者の心身の状態が変化した場合は、利用者及びその家族が指定する者に対し緊急に連絡します。

(虐待の防止のための措置に関する事項)

第11条 事業者は、利用者に対する虐待を早期に発見して迅速かつ適切な対応を図るために、次の措置を講じるものとします。

- (1) 虐待の防止に関する責任者の選定
- (2) 苦情解決体制の整備
- (3) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施

(秘密の保持)

第12条 事業者は、業務上知り得た利用者やその家族等の秘密を保持します。

- 2 事業者は、指定障害サービス事業者等に対し、利用者に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により利用者又はその家族の同意を得ることとします。

(苦情解決)

第13条 利用者及びその家族は、事業者が提供するサービスに関して、いつでも別紙「重要事項説明書」に記載する苦情受付窓口にて苦情を申し立てることができます。

- 2 事業者は、苦情が申し立てられた場合、速やかに事実関係を確認し、改善の必要性及びその方法等について、利用者又は家族に文書等で報告します。
- 3 事業者は、利用者及びその家族が苦情を申し立てたことを理由として、利用者に対し、不利益となるような対応はしません。

(契約の終了)

第14条 利用者は、30日以上予告期間において文書で事業者へ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 前項にかかわらず、事業者が次の各号に該当する行為を行った場合には、利用者はただちにこの契約を解除することができます。

- (1) 事業者が正当な理由なく契約に定めるサービスを実施しない場合
- (2) 事業者が第12条に定める(秘密の保持)に違反した場合
- (3) 事業者が社会通念に逸脱する行為を行った場合
- (4) 他の利用者が利用者の生命・身体・財物・信用を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において事業者が適切な対応をとらない場合

3 事業者は、やむを得ない事情がある場合には、利用者に対し、30日間の予告期間において理由を示した文書等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。

4 前項にかかわらず、利用者が次の各号に該当する場合には、事業者はただちにこの契約を解除することができます。

- (1) 利用者が事業者へ支払うべきサービスの利用料金を3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず故意に支払わない場合
- (2) 利用者が、故意又は重大な過失により、事業者もしくはサービス提供職員に生命・身体・財物・信用を傷つけることなどによって、契約を継続しがたい重大な事情を生じさせ、その状況の改善が見込めない場合
- (3) 利用者及びその保護者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- (4) 利用者がこの契約を継続し難いほどの背信行為を行ったと認めた場合。
- (5) 天災、災害その他やむを得ない理由により事業所を利用させることができない場合。
- (6) 利用者が連続して3ヶ月を超えて医療機関に入院すると確実に見込まれる場合又は現に連続して3ヶ月を超えて入院した場合
- (7) 利用者が死亡した場合。

(損害賠償)

第15条 事業者は、サービスの提供によって事故が発生した場合は、速やかに関係市町村及び利用者の家族などに連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

2 事業者は、利用者に対するサービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償するものとします。

3 事業者は、自己の責に帰すべき事由がない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下の各号に該当する場合には、事業者は損害賠償責任を免れます。

(1) 利用者及びその保護者等が、契約締結時に利用者のその心身の状況及び病歴や行動障害等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合。

(2) 利用者の急激な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合。

(協議事項)

第16条 この契約に定められていない事項について問題が生じた場合には、事業者は障害者総合支援法等関係法令の定めるところに従い、利用者と誠意をもって協議するものとします。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が記名捺印のうえ、各1通を保有するものとします。

平成 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

家族等 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

事業者

所在地 愛知県知多郡武豊町字北中根二丁目18番地5

事業者名 特定非営利活動法人ほっとスマイル

代表者 理事長 小林将彦 印

特定非営利活動法人ほっとスマイル

生活介護スマイル 重要事項説明書

当事業所は、利用者に対して上記事業を提供する上で、事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明いたします。

1. 事業者

法人名	特定非営利活動法人ほっとスマイル
法人所在地	愛知県知多郡武豊町字北中根二丁目18番地5
電話番号	0569-89-2809
代表者	理事長 小林将彦
設立年月	平成26年2月17日

2. 事業所の概要

事業所の種類	生活介護
事業所の名称	スマイル
事業所の所在地	愛知県知多郡武豊町白山131番地5
連絡先	0569-84-4205
管理者	杉浦由美
サービス管理責任者	杉浦由美
定員	20人
指定年月日	平成31年4月1日
事業所番号	
事業所が行なっている他のサービス	無し

3. 営業時間とサービス提供時間

営業日 及び 営業時間	月曜日から金曜日（他の曜日でも、事業所が指定する場合は開所）。ただし、国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に定める休日並びに8月11日から8月15日まで及び12月29日から1月4日までを除く。 営業時間 8時30分から4時30分
サービス提供日 及び サービス提供時間	月曜日から金曜日（他の曜日でも、事業所が指定する場合は開所）。ただし、国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に定める休日並びに8月11日から8月15日まで及び12月29日から1月4日までを除く。 サービス提供時間 9時から午後3時

4. 職員の体制

職種	業務内容
管理者	常勤1名（サービス管理責任者兼務） 管理者は、職員及び業務の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている指定生活介護サービスの実施に関し、事業所の職員に対し遵守させるため必要な指揮命令を行います。

サービス管理責任者	常勤1名（管理者兼務） サービス管理責任者は、個別支援計画を作成し、少なくとも6ヶ月に1回以上見直しを行います。サービス利用者に対する継続的なサービス管理や評価を行うとともに、利用者及び家族等にその内容等について説明を行います。
医師	非常勤専従1名 医師は、日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行います。
看護師	非常勤専従2名 看護師は、医師の指示のもと医療行為を行います。また、日常生活上の健康管理や支援全般を行います。
生活支援員	常勤専従1名、常勤兼務1名、非常勤兼務7名（平成31年4月1日現在） 生活支援員は、個別支援計画に基づき、日常生活上の支援を行います。
調理員	常勤兼務1名、非常勤兼務1名 調理員は、利用者に提供する昼食の調理を行います。

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し、指定生活介護サービス職員として、上記の職種の職員を配置しています。ただし、指定基準を下回らない範囲で変動することがあります。

5. 設備の概要

設備の種類	室数	備考
作業室	2室	うち調理室1室 簡易消火器を2台設置
多目的室	2室	うち1室は和室
相談室兼多目的室	1室	
更衣室	2室	男性1室、女性1室
洗面所	3室	うち車椅子対応2台
トイレ	3室	車椅子対応2室、男性トイレ1室
事務室	1室	
浴室	1室	

6. サービスの内容

- (1) 個別支援計画の作成
- (2) 食事の提供
- (3) 身体等の介護
- (4) 生産活動の機会の提供
- (5) 創作的活動の機会の提供
- (6) 身体機能及び日常生活能力の維持・向上のための支援
- (7) 生活相談
- (8) 前各号に掲げるもののほか、生活介護の利用者に必要な支援

7. サービス利用料金（利用契約書 第6条参照）

（1）定率負担額（1割相当）

料金は【別表1】利用料金表のとおりです。

※ 利用者負担上限額管理加算

2以上の事業所を利用する場合、1ヶ月ごとの上限額（【別表1の2】利用者負担上限月額のとおり）を管理する事業所として、上限管理事業所の選任が必要になります。

（2）実費

定率負担額以外の、昼食代・お茶、菓子代・日用品費等その他日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者に負担させることが適当と認められるものなどの費用は給付費支給の対象ではありませんので、それに要した実費の料金を【別表2】実費料金表のとおりいただきます。なお、実費が多く発生する外出等の場合もその都度利用者及び家族等へ説明を行い了解を得た場合に実施いたします。

（3）サービス利用料金のお支払い方法

サービス利用料金は1か月ごとに計算し翌月までに請求書をお渡ししますので、下記のいずれかの方法でお支払ください。

ア. 口座引落…請求翌月の15日に引き落とし（金融機関が休みの場合は翌営業日）。

イ. 現金払い…請求書を受け取ってから14日以内（おつりの無いようお願いします）。

※口座引落でのお支払いを希望された場合でも、請求金額に応じて現金でのお支払いをお願いする場合がございますので、ご了承ください。

8. 利用日のキャンセル・変更及びその料金

利用をキャンセル・変更する場合は、早めに事業者申し出てください。

利用予定日の前日以降に利用のキャンセル・変更の申し出をされた場合、キャンセル料として【別表3】キャンセル料の料金をお支払いいただく場合があります。

なお、キャンセル料とは別に、欠席時対応加算が算定される場合があります。

9. サービスの利用に関する留意事項

（1）受給者証の確認

「住所」及び「支給量」など「受給者証」の記載内容の変更や更新があった場合は、速やかに「受給者証」を持参願います。

（2）個人損害賠償保険への加入

利用者の過失による他害や物損の場合もあるため、個人損害賠償保険（AIU等）への加入をお願いいたします。

10. 損害賠償保険への加入（利用契約書第14条参照）

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 三井住友海上火災保険

保険名 福祉サービス事業者賠償責任保険

補償の概要 対人・対物の損害賠償責任限度額1億円等

11. 協力医療機関

医療機関名	医療法人 アイ・エス・ケイ 杉田医院	診療科	内科
所在地	愛知県半田市有楽町4丁目154-4		
代表者	杉田市郎	電話番号	0569-22-0571

※主治医がいる場合は、その連絡先を事前に把握して連絡します。

12. 苦情の受付について

(1) 当事業所の苦情・要望の受付窓口

受付窓口	窓口担当者	杉浦由美
	受付時間	9時から16時
	電話番号	0569-84-4205
	担当者不在の場合の対応	相談又は苦情を受けた職員がその内容を記録し、後ほど担当者から連絡します。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

本事業所では解決できない苦情や虐待等の相談は、行政機関又は愛知県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会に申し立てることができます。

武 豊 町 福 祉 課	所在地	愛知県知多郡武豊町字長尾山2番地
	受付日	月曜日から金曜日（国民の祝日・休日、年末年始は除く）
	受付時間	8時30分から17時15分
	電話番号	0569-72-1111
社会福祉法人 愛知県社会福祉協 議会 運営適正化委員会	所在地	愛知県名古屋市東区白壁一丁目50番地 愛知県社会福祉会館内
	受付日	月曜日から金曜日（国民の祝日・休日、年末年始は除く）
	受付時間	9時から17時
	電話番号	052-212-5515

【別表1】 利用料金表

○生活介護サービス（定員20人/1日につき）

	区分6	区分5	区分4	区分3	区分2以下
利用料	12,830円	9,630円	6,830円	6,130円	5,610円
利用者負担額	1,283円	963円	683円	613円	561円

【加算項目】

内容		利用料金	自己負担金
加 算	訪問支援特別加算（連続5日間利用せず、家庭訪問により相談援助を行った場合。月2回まで）	1時間未満 1,870円 1時間以上 2,800円	1時間未満 187円 1時間以上 280円
	初期加算（利用開始日から起算し30日以内で利用した場合）	300円	30円
	福祉専門職員配置加算Ⅰ（常勤の指導員等のうち、社会福祉士等の資格保有者が35%以上の場合）	150円	15円
	福祉専門職員配置加算Ⅱ（常勤の指導員等のうち、社会福祉士等の資格保有者が25%以上の場合）	100円	10円
	福祉専門職員配置加算Ⅲ（指導員等のうち、常勤の職員が75%以上の場合等）	60円	6円
	欠席時対応加算（急病等により、3営業日前までに利用のキャンセルができなかった場合。月4回まで）	940円	94円
	送迎加算（自宅等と事業所の間を送迎した場合）Ⅰ 片道	210円	21円
	送迎加算（自宅等と事業所の間を送迎した場合）Ⅱ 片道	100円	10円
	食事提供体制加算（支給決定のある利用者に事業所が食事を提供した場合）	300円	30円
	利用者負担上限管理加算（上限管理を行った場合。月1回まで）	1,500円	150円
福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ～Ⅴ）	1ヶ月の上記合計額に4.2%～0.8%を掛ける		

【別表1の2】

利用者負担上限月額

区分	世帯の収入状況	上限月額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得	市町村民税非課税世帯	0円
一般1	市町村民税課税世帯(所得割16万円未満) ※入所施設利用者(20歳以上)、グループホーム利用者を除く。	9,300円
一般2	上記以外	37,200円

【別表2】

実費料金表

項目	説明	料金
昼食代	1回の利用につき500円(うち食材料費250円) ※食事提供体制加算対象者は食材料費のみご負担。	500円 (250円)
お茶・菓子代	1回の利用につき	30円
その他	日用品費等通常必要となるものに係る費用	実費

【別表3】

キャンセル料

○昼食等の手配をしており、キャンセルができないもの	実費
---------------------------	----

平成 年 月 日

指定生活介護サービスの提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行ないました。

事業所名 スマイル

管理者氏名 杉浦由美

説明者氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から指定生活介護サービスの提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者住所 _____

氏名 _____ 印

家族等氏名 _____ 印

続柄 _____