

認知症対応型共同生活介護契約書

以下、「利用者」といいます)と 有限会社アウトソー 以下、「事業者」といいます)は事業者が利用者に対して行う認知症対応型共同生活介護サービスについて、次のとおり契約します。

第1条(契約の目的)

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、認知症対応型共同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。

第2条(契約期間)

- 1 この契約の契約期間は、令和 年 月 日から利用者の要介護認定の有効期間(1年間)満了日までとします。
- 2 契約満了日の30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出がない場合、かつ、利用者が要介護認定の更新で要介護者と認定された場合、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計画の策定)

事業者は、次に掲げる事項を計画作成担当者に行わせます。

- ① 利用者の心身の状況、利用者および代理人(あるいは家族)の希望、そのおかれている環境を踏まえて、利用者および代理人(あるいは家族)、および、介護従事者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的サービス内容を記載した計画を作成する
- ② 作成した計画について、利用者及びその代理人(あるいは家族)へ説明する
- ③ 定期的な計画書の見直し、および、利用者の状態の変化、さらに、介護認定の更新時等、必要に応じた計画の作成をする。
- ④ 同じく、作成した計画について、利用者及びその代理人(あるいは家族)へ説明する。

第4条(認知症対応型共同生活介護サービスの内容)

- 1 事業者は、認知症対応型共同生活介護計画に沿って、利用者に対して居室、食事、介護保険法令で定める必要な援助を提供します。
- 2 事業者は、サービスの提供に当たり、利用者または他の入居者等の生命または身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)、介護ズボンを着せる、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。

第5条（要介護認定の申請に係る援助）

- 1 事業者は、利用者が要介護認定の更新申請が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。

第6条（サービス提供の記録）

- 1 事業者は、サービスの終了時に、利用者から、あるいは、その代理人（あるいは家族）か書面によりサービス提供の確認を受けます。
- 2 事業者は、認知症対応型共同生活介護の提供に関するケース記録等を作成し、契約終了後2年間保存します。
- 3 利用者は、事業者の営業時間内にその事業所にて、当該利用者に関する2項のケース記録等を閲覧できます。
- 4 利用者は、利用者に関する2項のケース記録等の複写物の交付を受けることができます。

第7条（料金）

- 1 利用者はサービスの対価として〔契約書別紙〕に定める料金を月ごとに合計額を支払います。

（内訳）

入居時には、家賃としてその月の利用日数を計算した金額

2ヶ月目からは、その月の1ヶ月分の家賃と、前月に利用した日に数分のサービス金額（家賃を除いた）との合計金額

- 2 事業者は、当月の料金の合計額の請求書に明細を添付して、月末までに利用者に通知します。

- 3 利用者は、当月の料金の合計を翌月5日までに（利用者の持参か銀行振り込みの方法で）支払います。

- 4 事業者は、利用者から料金を受領したときは、利用者に対し領収書を発行します。

- 5 振込み手数料は利用者負担

- 6 入居当初のように利用日数が1ヶ月に満たない場合の負担金額は、1ヶ月を30日として計

算した日額に利用日数をかけた金額を利用者負担とします。

- 7 外出などによって予め1日3食を利用しない申し出があった場合には食材費の減免します。

- 8 退去する際は、利用された居室の壁の貼り替え分として77,000を請求させていた

だきます。

第8条（契約の終了）

- 1 利用者は、事業者に対して（30日間の予告期間において）文書で通知することにより、この契約を解除できます。
- 2 次の事由に該当した場合は、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、この契約を解除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かかわらず15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等に入院し、明らかに1ヶ月以内に退院できる見込みがない場合
 - ③ または1ヶ月を経過しても退院できないことが明らかな場合
 - ④ 利用者の暴言、暴力行為、および、他の利用者が不快に感じる行為が続いた、あるいは、他の利用者に危害を及ぼす恐れがあるときであって、その代理人（あるいは家族）と相談して改善を図るもの、なお、改善が困難ないと判断した場合
- 3 利用者が要介護認定の更新で非該当または要支援と認定された場合、所定の期間の経過をもってこの契約は終了します。
(当面のあいだ、要支援は相談といたします)
- 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などへ入院、入所した場合
 - ② 利用者が死亡若しくは被保険者資格を喪失した場合
 - ③ 重要事項説明書7に規定する遵守事項の重大な違反であって、改善ができないと判断した場合

第9条（退所時の援助）

事業者は、契約が終了し利用者が退居する際には、利用者及びその家族の希望、利用者が退居後に置かれることになる環境等を勘案し、円滑な退居のために援助します。

第10条（秘密保持）

事業者及び事業に従事する者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその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。この守秘義務は契約終了後も同様です。

プライバシーの保護に関して、別紙、[利用者の個人情報の取り扱いについての同意書]に署名をお願いします。

第 11 条（賠償責任）

事業者は、サービスの提供に伴って、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には、その損害を賠償します。

第 12 条（連絡義務）

事業者は、利用者の健康状態が急変した場合等は、あらかじ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措置を講じます。

事業者は、利用者の所在が分からなくなった場合等は、前記と同じく連絡先へ可能な限り速やかに連絡するとともに警察へ連絡する等必要な措置を講じます。

第 13 条（相談・苦情対応）

事業者は、利用者からの相談・苦情等に対し、迅速に対応します。

別紙、苦情相談規定。

第 14 条（医療連携および、重度化した場合）

1 事業者は、事業者と契約した訪問看護ステーション、あるいは、ホームの看護職員により、医師の指示のもと、24 時間利用者の健康管理と体調急変時の対応が取れるようにする。

2 事業者は利用者の病気容態に応じて主治医の指示により、連携して通院による治療若しくは入院とする。

3 受診したものの、主治医が入院が必要がないと判断、ホームへもどられた場合においては、主治医の指示のもと、ホームにおいて、介護職員が利用者の容態の見守りを行う。

第 15 条（緊急やむをえない場合の医療行為）

事業者は医師及び医師の指示を受けた看護師の行う行為のうち、医師及び看護師のいない場合において、ホーム長かリーダー他がやむをえないと判断した場合に限って、下記の行為を行うものとする。

- ① 皮膚への軟膏塗布（褥瘡の処置を除く）、皮膚への湿布の貼り付け、
- ② 点眼薬の点眼、
- ③ 一包化された内容薬の内服（舌下錠の使用も含む）、
- ④ 肛門からの坐薬挿入又は鼻腔粘膜への薬剤噴霧を介助すること
- ⑤ 爪そのものに異常がなく、爪の周囲の皮膚にも化膿や炎症がなく、かつ、糖尿病などの疾患に伴う専門的な管理が必要でない場合に、その爪を爪切りで切ること

と及び爪やすりでやすりがけすること。

- ⑥ 重度の歯周病などがない場合の日常的な口腔内の刷掃、清拭において、歯ブラシや綿棒又は巻き綿子などを用いて、歯、口腔粘膜、舌に付着している汚れを取り除き、清潔にすること。
- ⑦ 耳垢を除去すること。(耳垢塞栓の除去を除く)
- ⑧ 市販のディスボーザブルグルセリン浣腸器、あるいは、医師の診察によって、その利用者に処方されたディスボーザブルグルセリン浣腸器を用いて浣腸すること。
- ⑨ 3日以上排便がなく、薬の服用、腹圧をかける行為を続けても効果がない場合の、摘便行為
- ⑩ 喉を詰まらせた場合の吸引行為

第16条（本契約に定めのない事項）

- 1 利用者と事業者は、信義誠実をもって本契約を履行するものとします。
- 2 本契約に定めのない事項については、介護保険法の定めるところに使い、双方が誠意をもって協議のうえ定めます。

第17条（裁判管轄）

利用者と事業者は、本契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることをあらかじめ合意します。

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 令和 年 月 日

契約者氏名

事業者

〔事業者名〕 (事業所番号 1392100028)
住所 東京都足立区西新井7丁目10番14号
代表者名 有限会社アウトソー 印
代表取締役 馬場 義和

利用者

住所

氏名

印

代理人（あるいは家族）

住所

氏名

印

契 約 書 別 紙

1 担当責任者（計画作成担当者または管理者）

氏名 小南 ひろ子

2 サービスの内容

（1）設備

- 建物の構造・面積 → 鉄筋コンクリート造 2階建 423.34m²
- 居室（占有部分） → 個室／間取り・Aタイプ4.6畳、収納庫付き
個室／間取り・Bタイプ5.3畳、収納庫付き
- トイレ → 上下各3
- その他 → 各室にエアコン設置

（2）サービス

- 食事 朝、昼、夕
- 入浴
- 生活の相談
- 健康管理
- 金銭の管理

（3）行政手続の代行

年金等の手続き等の代行を行います。手続きに要する費用の実費は別途いただきます。

3 料金

（1）基本分（介護報酬分）令和4年度改定による試算

状態区分	1日当たりの自己負担額
要介護1	1,095円
要介護2	1,141円
要介護3	1,173円
要介護4	1,194円
要介護5	1,217円
初期加算	39円
医療連携加算	49円

初期加算は、入居してから30日間まで

上記の金額にその月の日数を掛けてその月の介護保険の一割分となります。

(2) 家賃

1月当たり Aタイプ 59,000円(16室)
Bタイプ 67,000円(2室)

(3) 食材料費

1日当たり 1,400円

(4) 光熱水費(月額)

共用分 円
居室分 円 合計 17,500円

(5) その他共益費

写真代、修繕費、掃除用具代他
9,000円

(6) その他の料金

- ・ 利用者独自の備品使用料(医療器具他)
- ・ レクリエーション 交通費、材料費他実費相当
- ・ 行政手続き代行 交通費等実費相当
- ・ 紙おむつ代 材料費実費相当
- ・ 理美容代 実費相当
- ・ 通院に伴う付添い 職員人件費、交通費実費相当
- ・ 往診時医療費本人負担分実費、お薬代実費(立替え支払い分)

※外泊等により1日3食が不要の場合の食事は、(減免)となります。

4 緊急時の対応

体調の変化、所在がわからない等の場合は、下記に連絡します。

緊急連絡先	氏名	関係	住所	電話

5 連携施設等

当ホームでは、下記の施設と連携しています。

① 医療法人社団 慈生会 等潤病院

診療科目：内科、外科、整形外科、胃腸科、脳神経科、皮膚科、泌尿器科、
心療内科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科

住 所：東京都足立区一ツ家 4-3-1 電話：03-3850-8711

② 医療法人社団慈生会 等潤メディアケア診療所

診療科目：内科、外科、整形、リハビリ、放射線科、心療内科
住 所：東京都足立区一ツ家 4-2-11 電話：03-3850-8721

③ 医療法人社団 修命会 アリオ西新井デンタルクリニック

診療科目：歯科一般
住 所：東京都足立区西新井栄町 1-20-1 アリオ西新井 2 階
電話：03-6805-1180

6 相談・苦情対応

当ホームのサービスに関する利用者及び家族等からの苦情・要望・相談等は、下記により受け付けています。

・相談対応 じやすみん西新井 電話 03-6904-4481
足立区役所介護保険課 電話 03-3880-5111
東京都国民健康保険団体連合会 電話 03-6238-0011
権利擁護センターあだち 電話 03-5813-3551

・時 間 午前9時～午後5時（毎週日曜日・祭日は休み）

事業者

〔事業者名〕 有限会社アウトソー

(事業者番号 1392100028)

〔住所〕 東京都足立区西新井7丁目10番14号

〔代表者名〕 馬場 義和

上記内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者氏名

印

代理人（あるいは家族）氏名

印

認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

(令和 7 年 4 月 1 日現在)

1 当認知症対応型共同生活介護サービスについての相談窓口

電話 03-6904-4481 (午前9時～午後5時)

担当 小南 ひろ子

※ご不明な点は、何でもお尋ね下さい。

2 当認知症対応型共同生活介護の概要

(1) 当ホームの内容等

介護保険事業者番号	1392100028
事業者名	有限会社アウトソー
所在地	東京都足立区西新井7丁目10番14号

(2) ホームの職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容
ホーム長 管理者	介護福祉士	1	0	
計画作成担当者	介護支援専門員 介護福祉士	1 (介護職員兼務)	0	
介護職員	介護福祉士	7	0	
介護職員	ホームヘルパー1級	0	0	
介護職員	初任者研修	7	1	
看護職員	看護師	0	0	
介護職員	無資格	0	0	
調理職員	調理師		1	
清掃職員	無資格		1	

(3) 設備の概要

① 建物構造・面積	鉄筋コンクリート造 2階建 延べ面積 423.34m ²
② 居室の数と面積	Aタイプ 4.6帖 収納庫付 16室 Bタイプ 5.3帖 収納庫付 2室
③ 浴室の数と種類	トイレの数 各階 3 各階 1 (ユニットバス)
④ 台所	各階 1
⑤ 食堂	各階 1 (17帖)
⑥ 居間	各階 1
⑦ 電話の数と種類	各階 1
⑧ その他	レクリエーション (家庭菜園)

3 サービスの内容

利用者の自主性を重んじて、食事、入浴、排泄、生活相談を行う。

当ホームの特徴として、利用者に喜んでもらえる運営を心がけてゆきます。

4 料金

○ 別紙

5 入退居の手続き

○ 別紙

6 当ホームの特徴等

(1) 運営方針

暖かい共同生活の場所を提供し、利用者一人一人にあった介護を提供していく、地域の中に認められるような介護の役割を達成する。

(2) 運営理念

利用者が有する能力に応じた、自立した生活を送るための支援をする。

(3) 医療連携

医療連携体制として、医師の指示のもとに、訪問看護ステーション、あるいは、ホームの看護職員により 24 時間利用者の健康管理と体調急変時の対応が取れるようにしている。

（4）歯科診療

通院による歯科診療、または、訪問歯科診療によって利用者の歯科診療を支援する。

通院の場合は、付き添い人件費、および、交通費は実費の負担が必要。

（5）選択のための情報提供事項として

- ・ 事業主体の概要
- ・ 事業の目的及び運営の方針
- ・ 組織の概要
 - 交通手段
 - 指定年月日
 - ユニット数
 - 利用定員
 - 併設施設なし
- ・ 建物の概要
 - 構造・規模
 - 広さ
 - 建物所有
 - 1室あたりの居室面積
 - 2人室なし
 - 利用料など（利用者の負担額）
 - 保証金なし
 - 利用料
 - 利用料に含まれない実費精算
- ・ 入居者の概要
 - 入居に当たっての条件
 - 退去に当たっての条件
- ・ 職員の概要
 - ユニットごとの職員配置
- ・ その他
 - 提携医療機関
 - 市町村との連携
 - 家族の面会時間設定
 - 介護相談員の受け入れ状況

7 ホーム利用の留意事項

- 面会時間 午前9時から午後5時
時間外の面会は他の利用者の迷惑にならない範囲とする。
希望があれば、面会者の宿泊を認める。
- 外出・外泊
予め外出外泊の届出をする（迎えの時間、外泊日数、帰宅時間など）
送迎は、ご家族が行う。
迎え時間の変更あるいは時間の延長または、外泊の延長は早めに連絡する。
- 金銭管理
利用者あるいは代理人の要請がある場合は、金銭管理をします。
利用状況および残高を利用者あるいは代理人に連絡する。
- 持込み品
ベッド、寝具、テレビ、カーテン、
生活必需品（衣類、下着、上履き、外出用靴、化粧品、歯ブラシ、タオルなどの洗面
用具など）写真、ノート、筆記具
小物家具類（鏡台、小物入れ、テーブル、イス）要相談
電気カーペット、電話などは持ち込みできません。
- 宗教に関する持ち込み（他の入所者の迷惑、トラブルにならない範囲）要相談
- 趣味のための品物の持ち込みは要相談
- ペットは不可
- 病院へ通院はご家族が行う。
通院時の付き添いを依頼する場合には、あらかじめ、ご家族から申し出が必要とします。交通費と付添いの入件費は実費の請求となります。
- 利用者は、共同生活として必要なホームの定める規則を守る、また、他の利用者に危害や不快感を与えるようなことがない様に心がける。
- ご家族は、ホームが実施する行事への参加、運営推進会議へ参加、アンケートや書類提出への協力をする。
- 利用者間のトラブルについては、ホーム内で解決に努めてみるが、それでも解決が困難な場合はご家族と相談、あるいは地元警察、区役所などの第三者機関に相談をして解決に努める。
- 利用者の健康状態、ホームでの生活についての不満、他の利用者に危害、あるいは不快感を与えることが続いた場合には、ご家族に連絡をして、改善を図ります。
- それでも解決できない場合には、病院へ入院、他の施設への入所、自宅への

引取りといたします。

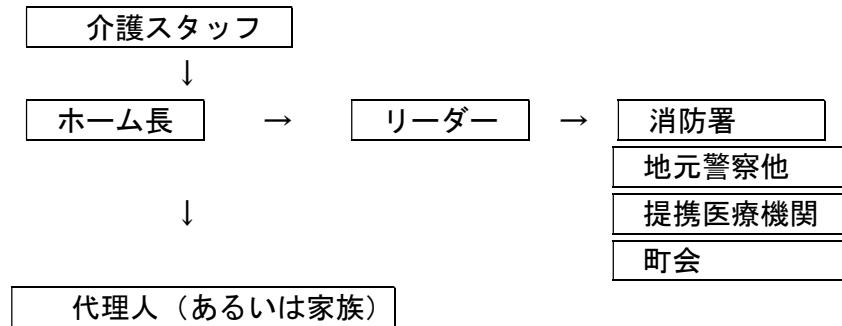
- 高齢者であってそれぞれが違った生活の中でお過ごしいただいておられましたので、価値観・性格や主義に違いがありますし、食べ物の好みも違いがあります、その中で、精一杯最後の人生を送っていただくようにスタッフ一同援助させていただきますので、利用者様及びご家族様の協力をお願ひいたします。

8 緊急時の体制

- 利用者の生命身体に関する緊急時（事故・怪我・病気）は救急車、病院の手配を優先すると共に、ホーム長に連絡して指示を仰ぎ、代理人（あるいは家族）に連絡して、状況を伝える。
- 上記の連絡を受けた代理人（あるいは家族）は、病院、あるいは、ホームへ来ていただく。
- 利用者の所在が分からなくなったらまずは、まず、10分間付近を捜す、10分間を過ぎても見つからない場合は、直ちに、ホーム長に連絡するとともに、地元警察へ行方不明を連絡して、捜索を依頼する。
管理者はリーダー他を招集して、代理人（あるいは家族）に連絡する、と共に、引き続き捜索を続ける。
一日捜索しても発見できない場合は、地元警察へ捜索願を届けて捜索をする。
- 火事などの緊急時には、地元町会の協力者（予め決めてもらっている）、あるいは、地元消防団によって、ホーム内に立ち入ってもらい、利用者の救援、安全な場所までの誘導、消火活動を手伝ってもらう。
- 日頃から利用者の連絡体制、足立区及び町会との連絡体制、提携医療機関との連絡体制、地元警察、地元消防、地元消防団との連絡体制を確認しておく。

9

（緊急時の連絡体制）



10 医療連携および、重度化した場合

- 事業者は、事業者と契約した医療機関の看護師により、医師の指示のもと、24時間利用者の健康管理と体調急変時の対応が取れるようにする。

- 事業者は、利用者の病気容態に応じて主治医の指示により、連携して通院による治療若しくは入院とする。
- 受診したものの、主治医が入院が必要がないと判断、ホームへ戻られた場合においては、主治医の指示のもと、ホームにおいて、介護職員が利用者の容態の見守りを行なう。

11 サービスについての苦情等

(1) 当ホームの苦情対応

担当 小南 ひろ子 電話 6904-4481

(2) 区市町村の苦情窓口

足立区役所介護保険課 電話 3880-5111

(3) 東京都国民健康保険団体連合会

電話 6238-0207

(4) 権利擁護センターあだち

電話 5813-3551

12 当社の概要

名称、法人種別 有限会社アウトソー

代表者役職、氏名 代表取締役 馬場 義和

本部所在地、電話 東京都足立区西新井7-10-14

電話 6904-4481

定款の目的に定めた事業 1 グループホームの運営

2 小規模多機能型居宅介護の運営

3 建設コンサルタント

13 他に経営する介護保険関連事業等

介護老人福祉施設 なし

短期入所生活介護 なし

居宅介護支援事業 なし

その他 看護小規模多機能型居宅介護

サービス利用料金

じやすみん西新

井

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
料金 (A)	331.327	345.257	354.555	360.920	367.689
介護保険 給付金額 (B)	298.194	310.731	319.099	324.828	330.920
自己負担 1 割 (A - B)	33.133	34526	35.456	36.092	36.769

認知症共同生活介護加算Ⅱ 1

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
料金 (A)	254.438	266.625	274.374	279.781	285.525
介護保険給付 金額 (B)	228.994	239.638	246.937	251.803	256.972
自己負担額 A - B	25.444	26.987	27.437	27.978	28.553

各加算

加算区分	医療連携	生活機能	サービス	認知症専門	夜間支援	科学的
------	------	------	------	-------	------	-----

	体制加算	向上連携加算	提供加算	ケア加算	体制加算	推進加算
料金 (A)	12.502	2.180	2.027	1.013	8.447	436
介護保険給付金額 (B)	11.251	1.962	1.824	912	7.602	392
自己負担額 (A)	1.251	218	203	101	845	44

処遇改善加算Ⅱ

介護度	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
料金 (A)	50.063	52.167	53.617	55.600	55.742
介護保険 給付金額 (B)	45.057	46.950	48.255	50.040	50.168
自己負担額 1割A-B	5.006	5.217	5.362	5.560	5.574

契約する場合は、以下の確認を行う

令和 年 月 日

認知症対応型共同生活介護の利用にあたり、契約書及び本書面で重要な事項の説明を行ないました。

事業者

所在地 東京都足立区西新井7-10-14
名 称 有限会社アクトソーパー 印
説明者 所属 グループホームじやすみん西新井
氏名 小南 ひろ子 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から認知症対応型共同生活介護についての重要な事項の説明を受けました。

利用者 住所

氏名 印

代理人 住所

(あるいは家族)

氏名 印