小規模多機能型居宅介護サービス契約書

法人理念である安心と充実の人生をご一緒に。に基づき小規模多機能型居宅介護サービスの利用者（以下、「利用者」という）とサンライズ鉄心坊（以下、「事業所」という）は、事業所が利用者に対して行う小規模多機能型居宅介護サービスについて、次の通り契約します。

第１条（契約の目的）

事業所は、利用者に対し、介護保険法その他関連法の趣旨に従って、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう小規模多機能型居宅介護サービスを提供することを目的とします。また、利用者は事業所に提供された小規模多機能型居宅介護サービスに対する所定の利用料及びその他の費用（以下「利用料」という）を支払います。

第２条（信義誠実の原則）

１．利用者および事業所は、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遵守し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

第３条（契約期間）

１．この契約の有効期間は　　年　　月　　日から利用者の要介護認定の有効期間満了日までとします。
２．契約満了の２日前までに、利用者から事業所に対して、文書により契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

第４条（居宅サービス計画及び小規模多機能型居宅介護計画の作成・変更）

１．事業所の管理者（以下、「管理者」という）は、事業所の介護支援専門員（以下、「介護支援専門員」という）に利用者の居宅サービス計画及び小規模多機能型居宅介護計画の作成に関する業務を担当させることとします。
２．介護支援専門員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、援助の目標、当該援助の目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載した居宅サービス計画及び小規模多機能型居宅介護計画を作成します。
３．事業所は、居宅サービス計画及び小規模多機能型居宅介護計画について、利用者及びその家族等に対して説明し、同意を得た上で決定するものとします。

４．事業所は利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境等の変化により、援助目標や具体的なサービス内容を変更する必要がある場合、または利用者もしくはその家族等の要請に応じて、居宅サービス計画及び小規模多機能型居宅介護計画について変更の必要があるかどうかを調査し、その結果、必要があると認められた場合には、利用者及びその家族と協議して居宅サービス計画及び小規模多機能型居宅介護計画を変更するものとします。
５．前項の変更に際して、医療系サービスなど居宅サービス計画の変更が必要となる場合は、速やかに関係事業者に連絡するなど必要な援助を行ないます。
６．事業所は、居宅サービス計画及び小規模多機能型居宅介護計画を変更した場合には、利用者に対して書面を交付し、同意を得た上で決定するものとします。

第５条（小規模多機能型居宅介護の提供場所・内容）
１．小規模多機能型居宅介護サービスの提供場所は「サンライズ鉄心坊」です。所在地および設備の概要は【小規模多機能型居宅介護重要事項説明書】のとおりです。
２．事業所は、第３条に定めた小規模多機能型居宅介護計画に沿って小規模多機能型居宅介護サービスを提供します。
３．利用者は、サービス内容の変更を希望する場合には、事業所に申し入れることができます。その場合、事業所は、可能な限り利用者の希望に添うようにします。

第６条（サービスの提供の記録）
１．事業所は、小規模多機能型居宅介護サービスの実施ごとに、サービスの内容等を書面に記載し、サービスの終了時に利用者の確認を受けることとします。利用者の確認を受けた後、その控えを利用者に交付します。
２．事業所は、サービス提供記録をつけ、この契約の終了後２年間保管します。
３．利用者は、事業所の営業時間内にその事業所にて、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。
４．利用者は、複写に係る実費相当額の支払いと引き換えに、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。

第７条（個人情報の保護）
事業所は「個人情報保護規定」に基づいて個人情報の保護及び適正な利用を行ないます。

第８条（秘密保持）

１．事業所および従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およ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。

２．事業所は、個人情報保護法を遵守し、利用者およびその家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者およびその家族の個人情報を用いません。

第９条（料　金）

１．利用者は、サービスの対価として【小規模多機能型居宅介護重要事項説明書】に定める利用料金をもとに月額を支払います。

２．事業所は、当月の料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月１５日までに利用者に送付します。

３．利用者は、当月の料金の合計額を翌月２８日までに支払います。

４．事業所は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対し領収書を発行します。ただし、口座自動引落・振込み送金を利用した場合はこの限りではありません。

第１０条（料金の変更）

１．事業所は、利用者に対して、１ヶ月前までに文書で通知することにより利用料および食費等の単価の変更を申し入れることができます。

２．利用者が料金の変更を承諾する場合は、新たな料金に基づく【小規模多機能型居宅介護重要事項説明書】を作成し、お互いに取り交わします。

３．利用者は、料金の変更を承諾しない場合、事業所に対し、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。

第１１条（サービスの中止）

１.利用者は、利用期日前日においてサービスの利用を中止、変更もしくはサービスの利用を追加することができます。この場合には、原則としてサービスの実施の一週間前までに事業所に申し出ることとします。

２．事業所は、前項に基づく利用者からのサービス利用の変更の申し出に対して、従業者の稼働状況により、利用者の希望する日時にサービスが提供できない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議するものとします。

３．事業所は、利用者の体調不良等の理由により、小規模多機能型居宅介護サービスの実施が困難と判断した場合はサービスの提供を中止することができます。この場合の取扱いについては【小規模多機能型居宅介護重要事項説明書】に記載したとおりです。

４．利用者、身元引受人等が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい背信行為、迷惑行為（身体的暴力・精神的暴力・セクシュアルハラスメント等）を行うこと等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合にはサービスの中止となることがあります。

第１２条（契約の終了）

１．利用者は事業所に対して、契約終了希望日の１週間前までに文書にて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。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は契約終了希望日の１週間以内の通知であってもこの契約を解約することができます。

２．事業所はやむを得えない事情が生じた場合、利用者に対し契約終了日の１ヶ月前までに理由を示した文書にて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。

３．次の事由に該当した場合は、利用者は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

①事業所が正当な理由がなくサービスを提供しない場合

②事業所が守秘義務に反した場合

③事業所が利用者やその家族などに対し社会通念を逸脱する行為があった場合

４．次の事由に該当した場合は、事業所は文書で通知することにより、直ちに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いが２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２週間以内に支払われない場合

②第８条に定めるサービスの中止が連続して１ヶ月以上続いた場合、または利用者の入院、病気等により、１ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合

③利用者およびその家族等が事業者やサービス従業者または他の利用者に対して本契約を継続し難いほど不信行為を行った場合

④利用者が故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがない場合

⑤利用者の家族等が事業者やサービス従事者からの連絡に対し、正当な理由がないにもかかわらず電話等の応答がない、又は身元引受人としての対応が誠実でない、その他サービス提供や方針決定に支障があると事業者が認める場合

５．次の事由に該当した場合は、この契約は双方の文書による通知を行うことなく自動的に終了します。

①利用者が介護保険施設に入所した場合

②利用者の要介護認定区分が、自立と認定された場合

③利用者が死亡した場合

第１３条（賠償責任）

１．事業所は、サービスの提供にともなって、事業所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、合理的な算定方法に従い、利用者に対してその損害賠償をします。

２．利用者の故意、過失により、事業所の設備、備品に通常の保守・管理の限度を超える補修が必要となった場合は、利用者は事業所に対してその損害を賠償します。

第１４条(緊急時の対応)

１．事業所は、現に小規模多機能型居宅介護サービスの提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は､家族または緊急連絡先へ連絡するとともに速やかに主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。
但し、地震・風水害その他の天災等、コロナウイルス・疫病その他の感染症等、内乱・戦争等の予測不能な事態が起こった場合を除きます。

２．次の事項に該当した場合は、利用者及び家族等は事業所への責任は問えないこととします

①家族等・緊急連絡先への連絡がとれず必要な措置が遅れた場合

②家族等・緊急連絡先との連絡が繋がらず事業所が必要と判断し行った対応

第１５条（連携）

事業所は、小規模多機能型居宅介護サービスの提供にあたり、介護支援専門員および保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

第１６条（苦情対応）

事業所は、利用者からの相談・苦情等に対応する窓口を設置し、小規模多機能型居宅介護サービスに関する利用者の要望・苦情等に対し、迅速かつ適切に対応します。

第１７条（身分証携行義務）

事業所の従業者のうち訪問サービスの提供に当たる者は、常に身分証を携行し、初回訪問時、利用者や利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

第１８条（身元引受人）

１．事業所は利用者に対し、身元引受人を求めることがあります。
ただし、身元引受人を立てることができない相当の理由が認められる場合はこの限りではありません。この場合、成年後見制度などの必要とされる情報提供を行います。

２．前項の身元引受人はこの契約に基づく利用者の料金に対する賠償について利用者と連帯して履行の責を負います。

第１９条（裁判管轄）

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合、利用者および事業所は、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予め合意します。

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

契約締結日　　年　　月　　日

事業所　　東京都指定番号　１３９２４０００３０号

＜住　　所＞　東京都西多摩郡日の出町大久野８４７８番地

＜名　　称＞　サンライズ鉄心坊
＜電　　話＞　０４２－５９７－２２８７
＜管理者名＞　　関澤　亜樹

利用者
＜住　　所＞ ……

＜氏　　名＞ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

署名代行者
＜住　　所＞ ……

＜氏　　名＞ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＜電話番号＞ ……

署名を代行した理由 ……

身元引受人
＜住　　所＞ ……

＜氏　　名＞ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＜利用者との続柄＞ ……

＜電話番号＞ ……

小規模多機能型居宅介護重要事項説明書

１．当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電　　話　　０４２－５９７－２２８７　（９：００～１８：００）

管 理 者　　関澤　亜樹

２．サンライズ鉄心坊の概要

（1）　提供できるサービスの種類と地域

名　　称	サンライズ鉄心坊
所　在　地	東京都西多摩郡日の出町大久野８４７８
介護保険指定番号	小規模多機能型居宅介護　東京都　１３９２４０００３０号
種　　類	小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護
サービス提供 対象地域	日　の　出　町 ＊上記地域以外でご希望の方はご相談ください。

（2）同事業所の職員体制

職　　種	常　勤	指定基準	摘　　要
管　理　者	1名	1名	
介 護 支 援 専 門 員	1名	1名	介護職員兼務
介　護　職　員	4名	３：１ ＋１	運転手兼務
看 護 職 員	0名	1	非常勤1名

（3）主な職種の勤務体制

職　　種	勤 務 体 制
管　理　者	勤務時間　９：００～１８：００
介 護 支 援 専 門 員	勤務時間　９：００～１８：００
介　護　職　員	日勤　９：００～１８：００ 夜勤　１６：００～　９：００ 宿直　１８：００～　９：００

（4）同事業所の設備の概要

登 録 定 員	２７名 （通い定員　１５名　　宿泊定員５名）
リビング及び食 堂	４３．８７㎡
宿泊室	個室（ベッド）　3床 個室（畳）　2床
台所	１ヶ所
トイレ	２ヶ所
浴室	１室
事務室	１室

（5）営業日及び時間

営 業 日	年中無休	
営業時間（基本）	通いサービス	９：００～１８：００
	宿泊サービス	１８：００～９：００
	訪問サービス	２４時間

受付・相談については、通いサービスの営業時間と同様です。

３．サービス内容

＜通いサービス＞

・送　迎　　サービス利用時に自宅から事業所までの送迎を行ないます。

・食　事　　利用者に対し昼食を提供し、介護の必要な利用者には食事介護サービスの提供を行ないます。

・入浴　　入浴または清拭を行ないます。
衣類の着脱・身体の清拭・洗髪・洗身の介助を行ないます。
入浴サービスの利用は任意です。

・排泄　　利用者の状況に応じて適切な排泄の介助を行なうとともに、排泄の自立についても適切な援助を行ないます。

・機能訓練　　訓練を通して自らの身体機能の向上を図り、日常生活が楽しく 送れるよう機能回復サービスを行ないます。
趣味を生かした作業を通して、精神の安定を図りつつ生きがいのある生活がもてるよう援助します。

・健康チェック 身体状況を継続的にチェックします。また、生活動作・表情等を観察し健康管理に努めることにより家族の負担を軽減します。

・生活相談　　利用者及び家族からのサービスに関すること、生活上の問題等相談に応じます。

＜訪問サービス＞

・利用者の自宅に訪問し、食事や入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

・訪問サービス実施のための必要な備品等（水道・ガス・電気含む）は無償で使用させていただきます

・訪問サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行ないません。
①医療行為
②ご利用者もしくはその家族等からの金銭又は高価な物品の授受
③飲酒及びご利用者もしくは家族等の同意なしにおこなう喫煙
④ご利用者もしくはその家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利営業
⑤その他利用者もしくはその家族等に行なう迷惑行為

＜宿泊サービス＞

宿泊サービス事業所のサービス拠点に宿泊していただき、食事、入浴、排泄等の日常生活上の世話や機能訓練を提供します。

４．料　金

（１）　利用料金

	１ヶ月あたりの利用料金（費用総額）	介護保険適用時の１ヶ月あたりの自己負担額（1割）	介護保険適用時の１ヶ月あたりの自己負担額（2割）	介護保険適用時の１ヶ月あたりの自己負担額（3割）
要支援１	３６，３９７円	３，６４０円	７，２８０円	１０，９２０円
要支援２	７３，５５４円	７，３５６円	１４，７１１円	２２，０６７円
要介護１	１１０，３３１円	１１，０３４円	２２，０６７円	３３，１００円
要介護２	１６２，１５３円	１６，２１６円	３２，４３１円	４８，６４６円
要介護３	２３５，８８７円	２３，５８９円	４７，１７８円	７０，７６７円
要介護４	２６０，３４２円	２６，０３５円	５２，０６９円	７８，１０３円
要介護５	２８７，０５４円	２８，７０６円	５７，４１１円	８６，１１７円

＊　介護サービス区分支給限度基準額内は上記費用の一割～三割負担となります。超過分は実費負担となります。また、介護保険料の滞納等により法定代理受領が出来なくなることがあります。その際、利用料金を実費で頂戴し「サービス提供証明書」を発行いたします。後日市町村の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

＊　月ごとの包括料金ですので、利用者の体調不良や状態の変化等により小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、または小規模多機能型居宅介護･介護予防小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日よりも多かった場合でも、日割りでの割引または増額は致しません。

＊　月途中から登録した場合又は月途中から登録を終了した場合には、登録した期日に応じて日割りした料金をお支払いいただきます。なお、この場合の「登録日」及び「登録終了日」とは、以下の日を指します。

登録日・・・利用者が当事業所と利用契約を結んだ日ではなく、通い・訪問・宿泊のいずれかサービスを実際に利用開始した日

登録終了日・・・利用者と当事業所の利用契約を終了した日

＊　ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行なうために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

＊　ご利用者に提供する食事及び宿泊に係る費用は別途いただきます（下記表参照）。

＊　介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせてご利用者の負担額を変更します。

（２）　加算

人員配置、サービス提供の状況によって以下の内容が加算されます

	単位数（単位）	利用者負担１割（円）	利用者負担２割（円）	利用者負担３割（円）
初期加算　（１日につき。３０日まで）	３０	３２	６４	９５
サービス提供体制加算Ⅰ（月単位）	７５０	７９２	１，５８３	２，３７４
サービス提供体制加算Ⅱ（月単位）	６４０	６７６	１，３５１	２，０２６
サービス提供体制加算Ⅲ（月単位）	３５０	３７０	７３９	１，１０８
（介護）訪問体制強化加算（月単位）	１,０００	１,０５５	２，１１０	３，１６５

	単位数（単位）	利用者負担１割（円）	利用者負担２割（円）	利用者負担３割（円）
総合マネジメント体制強化加算Ⅰ（月単位）	１,２００	１,２６６	２，５３２	３，７９８
総合マネジメント体制強化加算Ⅱ（月単位）	８００	８４４	１，６８８	２，５３２
認知症加算Ⅰ（月単位）	９２０	９７１	１，９４２	２，９１２
認知症加算Ⅱ（月単位）	８９０	９３９	１，８７８	２，８１７
認知症加算Ⅲ（月単位）	７６０	８０２	１，６０４	２，４０６
認知症加算Ⅳ（月単位）	４６０	４８６	９７１	１，４５６
看護職員配置加算Ⅰ（月単位）	９００	９５０	１，８９９	２，８４９
看護職員配置加算Ⅱ（月単位）	７００	７３９	１，４７７	２，２１６
看護職員配置加算Ⅲ（月単位）	４８０	５０６	１，０１２	１，５１９
看取り連携体制加算（1日につき）	６４	６８	１３５	２０３
（介護）若年性認知症利用者受入加算（月単位）	８００	８４４	１，６８８	２，５３２
（予防）若年性認知症利用者受入加算（月単位）	４５０	４７５	９５０	１，４２５
認知症行動・心理症状緊急対応加算（利用開始から７日。１日につき）	２００	２１１	４２２	６３３
生活機能向上連携加算Ⅰ（月単位）	１００	１０６	２１１	３１７
生活機能向上連携加算Ⅱ（月単位）	２００	２１１	４２２	６３３
口腔・栄養スクリーニング加算（１回につき）	２０	２２	４２	６３
科学的介護推進体制加算（月単位）	４０	４３	８５	１２７
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	総単位数×１４.９％			
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	総単位数×１４．６％			
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	総単位数×１３．４％			
介護職員等処遇改善加算Ⅳ	総単位数×１０．６％			
生産性向上推進体制加算Ⅰ（月単位）	１００	１０６	２１１	３１７
生産性向上推進体制加算Ⅱ（月単位）	１０	１１	２１	３７

（３）その他

食　費	朝食　４２０円　配食　７２０円 昼食・夕食　７８０円　おやつ　１２０円
宿　泊　費	１泊　5,４００円　(食費含む)
お　む　つ　代	実費
通常送迎地域を超える交通費	１ｋｍ当り　５０円
利用者の希望による購入品 利用者の希望による教養娯楽費用（行事・クラブ活動等）	実費

（4）　キャンセル料

ご利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

食材費　朝食　４００円　　昼食　４００円　　夕食　４００円

利用前日の１２時までにご連絡が無い場合、キャンセル料が発生します。

（5）支払い方法

毎月１５日までに前月分の請求をいたしますので、２８日までにお支払い下さい。

お支払い方法は、口座自動引落、銀行振込、窓口支払いのいずれかです。

5．サービスの利用方法

お電話等でお申し込み下さい。小規模多機能型居宅介護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

＊　居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員にご相談ください。

6．サービス利用契約の終了

①ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する１週間前までに文書でお申し出ください。

②事業所の都合でサービスを終了する場合

職員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合は、１ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了（双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。）

・ご利用者が介護保険施設に入所された

・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が自立と認定された

・ご利用者がお亡くなりになられた

④その他

次の場合は、利用者は文書で解約を通知することによりサービスを終了することできます。

- 事業所が正当な理由がなくサービスを提供しない
- 事業所が守秘義務に違反した
- ご利用者やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行なった

次の場合は、文書で通知することにより契約を終了させていただくことがあります。

- サービス利用料金の支払いを２ヶ月以上遅延し、支払いの催告をしたにもかかわらず２週間以内に支払われない場合
- 入院や病気等により、１ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態
- ご利用者やご家族等が事業者及びサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行なった
- 利用者が故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがない場合
- 利用者の家族等が事業者やサービス従事者からの連絡に対し、正当な理由がないにもかかわらず電話等の応答がない、又は身元引受人としての対応が誠実でない、その他サービス提供や方針決定に支障があると事業者が認める場合

7．当事業所の特色

（1）運営方針

介護保険法その他関連法の基本理念に従って、以下の実現に努めます。

在宅の虚弱高齢者及び介護が必要な高齢者が、日中、小規模多機能型居宅介護を利用し、生活にハリとリズムを作り、社会性や身体機能の維持及び精神安定を図ることにより、在宅での生活の継続が可能になるよう質の高いサービスを提供します。

①利用者が日々生き生きと健康で楽しく通える憩いの場となるよう努めます。

②各種サービスを提供するにあたり個々人に合った受け皿を用意します。
③日常生活の観察を深め、問題点を早期発見し検討、情報交換に努めます。
④在宅生活が維持できるよう支援致します。

（2）サービス利用に当たっての留意事項

事　　項	有　無	備　　考
男性介護職員の有無	○	
時間延長の可否	○	
従業員の研修の実施	○	年２回以上　研修を行ないます
サービスマニュアルの作成	○	

（3）その他

・送迎時間の連絡　　ご利用日の前日正午までに連絡してください。
・体調の確認　　ご利用当日、受付時に健康チェックします。
・体調不良等によるサービスの中止　事業所までご連絡下さい。
・サービス時間の変更　　ご利用日の１週間前までにお知らせ下さい。
・設備/器具の利用　　サービス提供に付帯するもの以外は実費をいただきます。

８．緊急時の対応と健康上の理由による中止

（1）風邪、その他の疾病・感染症等によりサービスの提供をお断りすることがあります。
（2）当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合はサービス内容の変更または中止することがあります。その場合はご家族に連絡の上適切に対応致します。
（3）サービス提供中に容体の変化等があった場合は、主治医、救急隊、親族等へ連絡をいたします。

主治医	病院または診療所名	
	電話番号	TEL
	主治医氏名	
ご家族	氏　　名	
	住　　所	
	電話番号	TEL 携帯
	続　　柄	

９．非常災害対策

・災害時の対応　　同一法人の施設との連携による、自衛消防隊の誘導により安全に避難させます。
非常災害発生時の状況により、安全が確保できないと判断された場合は、
サービスの提供ができない場合があります。
・防災設備　　消防法による基準に従って、防災設備を備えてあります。

・防災訓練　　年２回、通報、避難、誘導、消火訓練等を実施いたします。
・防火責任者　　関澤　亜樹

１０．サービス内容に関する相談・苦情

相談・苦情担当　　０４２－５９７－２２８７
担　　当　　者　　関澤　亜樹
法人 苦情受付　　０４２-５９７-２０２１
責　任　　者　　古山　雄一

上記以外の相談窓口

・日の出町社会福祉協議会
　電話番号　　０４２－５９７－４８４８
　受付時間　　午前９時～午後５時（土日祝日　年末年始を除く）
・東京都国民健康保険団体連合会　苦情相談窓口
　電話番号　　苦情相談窓口専用ダイアル　　０３－６２３８－０１７７
　受付時間　　午前９時～午後５時（土日祝日　年末年始を除く）

１１．運営推進会議の設置

当事業所では小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容についての評価、要望、助言を受けるため、下記のとおり運営推進会議を設置します。

＜運営推進会議＞
構成：利用者、利用者の家族、地域住民の代表、町職員、地域包括支援センター職員、小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護について知見を有する者等

開催：隔月で開催
会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成

１２．協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、各利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変に備えて以下の医療機関や介護施設を協力医療機関・施設として連携体制を整備しています。

医療機関の名称	多摩リハビリテーション病院
所　在　地	東京都青梅市長淵９－１４１２－４
電　話　番　号	０４２８－２４－３７９８
診　療　科　目	内科・整形外科・皮膚科
施設の名称	社会福祉法人　サンライズ　　特別養護老人ホーム　ひのでホーム
所　在　地	東京都西多摩郡日の出町平井３０７６
電　話　番　号	０４２－５９７－２０２１
種　　別	介護老人福祉施設

１３．当法人の概要

法人種別・名称	社会福祉法人　　サンライズ
代表者役職・氏名	理　事　長　　神　田　明　啓
所　　在　　地	東京都西多摩郡日の出町大字平井３０７６
電　話　番　号	０４２－５９７－２０２１（代）
定款に定めた事業	（１）　第一種社会福祉事業 特別養護老人ホームの経営 （２）　第二種社会福祉事業 （イ）　老人短期入所事業の経営 （ロ）　老人デイサービスセンターの経営 （ハ）　小規模多機能型居宅介護事業の経営

小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和　　年　　月　　日

事業所	東京都指定番号第　１３９２４０００３０号
所在地	東京都西多摩郡日の出町大久野８４７８
名　称	サンライズ鉄心坊
電　話	０４２－５９７－２２８７
管理者	関澤　亜樹

説明者　　＿＿＿＿＿＿印

私は、契約書及び本書面により、事業所から小規模多機能型居宅介護について重要事項の説明を受けました。

令和　　年　　月　　日

利用者

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

身元引受人

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印