

# 重要事項説明書 利用契約書

通所介護

利用者： \_\_\_\_\_ 様

事業所：リハビリDAY & Spa「希望の湯」

事業者：合同会社 エスペランサ



## 通所介護重要事項説明書

### 1. 事業所の名称及び所在地

- (1) 名 称 リハビリDAY & Spa 「希望の湯」
- (2) 所 在 地 宮城県大崎市鳴子温泉字車湯 1 番地 7
- (3) 電話・FAX 電話 0229-25-5117 FAX0229-25-5101
- (4) 事業所経営者 合同会社 エスペランサ 代表社員 佐々木 建仁
- (5) 開設年月日 平成 26 年 5 月 9 日

### 2. 利用定員

通常規模型 通所介護事業所（毎週月曜日～日曜日） 定員 32 名

### 3. 営業日及び営業時間

営業日 毎週月曜日～日曜日  
営業時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分

### 4. 利用にあたっての留意事項

指定通所介護の対象者は要介護者であって自傷他害などの行為がない方とします。

○利用中止に際しては、利用者及び家族の意向を踏まえた上で、他のサービス提供機関と協議し、介護の継続性が維持されるよう必要な援助を行うよう努めます。

### 5. 事業所における苦情の受付

#### (1) 苦情相談窓口

○苦情相談受付担当者 管理者 高 橋 暁 子  
連絡先 0229-25-5117  
受付時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分

#### (2) 苦情受付・対応の概要

苦情を受け付けた場合は、苦情相談解決責任者への内容を報告し、事実確認を致します。内容によっては利用者、ご家族と面談を行い、詳細な聞き取りを致します。その後苦情解決へ向けて施設内で対応を検討し苦情解決責任者へ上申、その後解決措置を講じる仕組みとなっております。苦情解決責任者は、円滑な解決に努めます。

○当事業所以外については利用者が在住する市町村介護保険課、国民健康保険団体連合会に対して苦情の申し立てをすることができます。

大崎市役所 民生部 高齢介護課 大崎市古川七日町1番地1	電話 0229-23-6085
加美町役場 保健福祉課 高齢者福祉係 加美郡加美町字西田四番7-1	電話 0229-63-7872
色麻町役場 保健福祉センター 福祉課 加美郡色麻町四竈字杉成27番地2	電話 0229-66-1700
宮城県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談窓口 宮城県仙台市青葉区上杉一丁目2番3号	電話 022-222-7700

## 6. 職員体制

通常規模型 通所介護

### 1 管理者

1名（通所介護従業者及び同一敷地内事業所に従事）

### 2 通所介護従業者

生活相談員

1名以上

介護職員

15名以上の場合は1名以上、15名を超える場合は「(利用者数-15)÷5+1」以上

看護職員

1名以上

## 7. サービスの内容

### (1) 通所介護計画の立案

利用者の方の個別の援助計画を立て内容をご本人・ご家族に説明し同意のもと交付し、それに基づきケアを致します。

### (2) 食事

嗜好調査を行い美味しく頂けるよう配慮し季節感のある食事を提供致します。

### (3) 介護

可能な限り自立に向けた介護を提供致します。

### (4) 入浴

身体状況に応じて、普通浴槽を利用頂けます。

### (5) 機能訓練

ご希望により身体の状況・体力に応じた機能訓練を致します。

### (6) 生活相談

生活相談員等が生活内のご相談に応じます。

### (7) 健康管理

食欲や運動面、服薬援助、バイタル測定などの健康管理を致します。

(8) レクリエーション等

運動を兼ねて楽しみながら参加出来るレクリエーションを企画実地致します。

(9) 送迎

ご自宅玄関と施設の間の送迎を致します。

8. 利用料（本人負担額）

(1) サービスの利用料（1日あたり）

※当社のサービス提供時間（所要時間）は基本 7 時間以上 8 時間未満となります。

利用者負担の割合 1割の方	
介護度	介護費
介護度1	658
介護度2	777
介護度3	900
介護度4	1,023
介護度5	1,148
要支援1	1,798
要支援2	3,621

利用者負担の割合 2割の方	
介護度	介護費
介護度1	1,316
介護度2	1,554
介護度3	1,800
介護度4	2,036
介護度5	2,284
要支援1	3,596
要支援2	5,394

○送迎代 費用に含まれています。

※送迎を行わない場合は、上記の単位数より片道につき 47 単位を減算します。

○食費 1食 680円

(おやつ・創作材料費代等含む)

○入浴費 介助浴 40円

○機能訓練費 56円

○オムツ代 実費

○キャンセル代 ご利用前日営業時間内の

8:30~17:30 までにお休みの連絡を

いただけなかった場合、キャンセル料として 680円(食事代)をご負担いただきます。

利用者負担の割合 3割の方	
介護度	介護費
介護度1	1,974
介護度2	2,331
介護度3	2,700
介護度4	3,069
介護度5	3,444
要支援1	5,394
要支援2	10,863

## (2) 支払方法

利用月翌月に請求書の発行を致します。原則、集金代行サービスを利用しての銀行引き落としとなります。利用月の翌々月の引き落としとなります。

\*現金での支払いをご希望の方は、事前にご相談の上対応させていただきます。

## 9. 緊急時の対応方法

○利用者に様態の変化、急変があった場合は、かかりつけ医師などに連絡するなど必要な措置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡します。

## 10. サービス利用に当たっての留意事項

利用者は指定通所介護の提供を受ける際に、次の事項について留意するものとする。

- (1) サービスの利用に当たっては、医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を職員に連絡し、心身の状況に応じたサービスの提供を受けるよう留意する。
- (2) 飲酒については、通所介護の行事等において決められた時間、場所以外禁止する。喫煙については、全面禁止とする。
- (3) 金銭・貴重品は、原則、施設内には持ち込まない。
- (4) 利用者の営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動は、禁止する。
- (5) 他の利用者への迷惑行為は禁止する。
- (6) 施設内へのペット持ち込みは、禁止とする。
- (7) 常備薬、保険給付の対象となっているサービス以外の介護用品等、管理者及び従業者が必要と認めたものは、持参するようにすること。
- (8) 許可なく、外部より飲食物を持ち込み、飲食しないこと。

## 11. 非常災害対応

○災害時においてはリハビリDAY & Spa「希望の湯」の消防計画などの規程に基づき、利用者の安全確保に努めます。

## 12. 事故発生時の対応

○サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村・居宅介護支援事業所、当該ご家族に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。又、事故状況の記録等から事故再発防止の為の措置を講じます。サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行います。但し、施設の責に帰さない事由による場合はこの限りではありません。

### 13.利用者の記録や情報の管理・開示について

○関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じて、その内容を開示します。また、利用者及びご家族の情報の使用に関しては予め別紙個人情報使用同意書により同意の上、使用させていただきます。

※ 事業所は、前項にある「個別サービス提供記録書」等の記録をご利用終了後5年間はこれを適正に保存し、ご利用者、ご家族の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。※白黒A4 1枚20円

### 14.その他の運営についての重要事項

○事業所は、生活相談員等の資質向上を図るための研修の機会を設け、業務体制を整備しております。

○職員は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、職員ではなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、職員との雇用契約の内容としております。

○認知症の方について、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についてのみ身体拘束を行う場合があります。その際の身体拘束が必要な場合は、利用者及びご家族に説明をし、同意に関してご相談することとしております。又、同意を得た場合は、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録致します。

通所介護事業所リハビリDAY&Spa「希望の湯」の利用にあたり、利用者に対し契約書及び本書に基づいて重要事項を説明しました。

事業所

名 称 リハビリDAY&Spa「希望の湯」

説明者 職 名

氏 名

⑩

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

⑩

又は署名代行者

⑩(続柄 )



# 通所介護契約書

事業所：リハビリDAY&Spa「希望の湯」

様（以下、「利用者」）と合同会社エスペランサ（以下、「事業者」）が運営する 通所介護事業 リハビリDAY & Spa 「希望の湯」（以下、「事業所」）は、事業者が利用者に対して行う通所介護サービスについて、次の通り契約します。

### （目的）

第1条 事業者は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、通所介護サービスを提供します。

### （契約期間）

第2条 この契約の契約期間は、令和 年 月 日から、利用者の要介護・要支援の有効期間満了日までとします。但し、期間満了日以前に利用者が要介護・要支援状態区分の変更の認定を受け、要介護・要支援認定有効期間の満了日が更新された場合には、変更後の要介護・要支援認定有効期間満了日までとします。

2 上記契約期間満了日前までに、利用者から事業者に対して、契約終了の申し出がない場合は、自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとし、ます。

### （運営規定の概要）

第3条 事業者の運営規定の概要（事業の目的、職員の体制、サービスの提供方法等）は、別紙重要事項説明書に記載した通りです。

### （個別サービスの計画の作成・変更等）

第4条 事業者は、利用者の日常生活の状況及びその意向を踏まえて、利用者の居宅サービス計画・介護予防サービス計画（ケアプラン）の内容に沿って、サービスの目標、目標を達成するための具体的サービス内容等を記載した「通所（介護予防）介護計画」を作成します。通所（介護予防）介護計画の作成に当たっては、事業者は、その内容を利用者説明して同意を得、写しを交付します。

2 事業者は、利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望し、その変更が居宅サービス計画・介護予防サービス計画（ケアプラン）の範囲内で可能な場合には速やかに「通所（介護予防）介護計画」の変更等の対応を行います。

3 事業者は、利用者が居宅サービス計画の変更を希望する場合には、速やかに居宅介護（介護予防）支援事業者への連絡調整等の援助を行います。

4 事業者は、計画実施状況の把握を適切に行い、一定期間ごとに、目標の達成の状況等を記載した記録を作成し、利用者説明の上、提出します。

### （身体的拘束等の禁止）

第5条 事業者は、サービス提供に当たり身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。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。

- 2 前項ただし書きの規定に基づき身体的拘束等の行為を行った場合には、事業者は、直ちに、その日時、態様、利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由、当該行為が必要と判断した職員等及び当該行為を行った職員等の氏名その他必要な事項について、サービス提供記録等に記録します。

### （利用者負担金及びその滞納）

第6条 サービスに対する利用者負担金は、重要事項説明書のとおりとします。ただし、契約の有効期間中、介護保険法等の関係法令の改正により利用者負担金の改定が必要となった場合には、改定後の金額を適用するものとします。この場合には、事業者は法令改正後速やかに利用者に対し改定の施行時期及び改定後の金額を通知し、本契約の継続について確認するものとします。

- 2 利用者が正当な理由なく事業者を支払うべき利用者負担金を3ヶ月分以上滞納した場合には、事業者は1ヶ月以上の相当な期間を定めてその支払を催告し、期間満了までに支払わないときに限り、文書により契約を解除することができます。
- 3 事業者は、前項の催告をした後、契約を解除するまでの間に、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者、又は介護予防サービス計画書を作成した介護予防支援事業者と協議し、利用者の日常生活を維持する見地から、居宅サービス計画、介護予防サービス計画（ケアプラン）の変更、介護保険外の公的サービスの利用等について必要な調整を行うよう要請するものとします。

### （利用者の解除権）

第7条 利用者は、少なくとも7日前までに事業者に予告することにより、いつでも、この契約を解約することができます。

- 2 利用者は、事業者が定められたサービスを提供しなかった場合その他この契約に違反した場合には、直ちにこの契約を解除することができます。

### （事業者の解除権）

第8条 事業者は、利用者の著しい不信行為によりこの契約を継続することが困難となった場合には、その理由を記載した文書を交付することにより、この契約を解除することができます。この場合には、事業者は、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者、又介護予防サービス計画書を作成した介護予防支援事業者にその旨を連絡します。

### （契約の終了）

第9条 利用者が介護保険施設等に入所し、又は要介護認定が受けられなかったこと等により、相当期間以上にわたり、この契約が目的とするサービスが提供できなくなった場合には、この契約は終了するものとします。この場合には、事業者は、速やかに利用者に通知するものとします。

### （緊急時の対応等）

第10条 事業者は、サービス提供に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、医師や家族への連絡その他適切な措置を迅速に行います。

### （秘密保持）

第11条 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び、厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めます。

2 事業者は及びその従業員は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者及びその後見人又は家族の秘密を漏らしません。

3 事業者及びその従業員は、利用者より依頼された業務を行うにあたって、文書により利用者その後見人又はその家族の同意を得た場合には、居宅介護支援事業者との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。

4 第1項の規定にかかわらず、事業者は高齢者虐待防止法に定める通報をなすことができるものとし、その場合事業者は守秘義務違反の責任を負わないものとします。

### （苦情対応）

第12条 利用者は、提供されたサービスに関して苦情がある場合には、事業者、介護支援専門員、市町村又は国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し出ることができます。

2 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにし、苦情の申し出又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。

3 事業者は、利用者が苦情申し出等を行ったことを理由として何らの不利益な取扱いもいたしません。

### **（情報の保存・開示義務）**

第13条 事業者は利用者の通所（介護予防）介護計画書、その実施状況に関する書類などを、完結日から5年間保存します。

2 利用者及びその後見人、又は家族は、事業者に対し記録の閲覧・謄写を求めることができます。ただし、謄写に際しては、事業者は利用者に対して、実費相当額を請求できるものとします。

### **（損害賠償）**

第14条 事業者は、サービス提供を行う上で、本契約の各条項に違反し、又は、介護保険法及び民法その他の関係法令に違反し、利用者又は、その家族の生命、身体、財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償する義務を負います。

ただし、利用者又は、その家族に重大な過失がある場合は、その賠償額を減額する事ができます。

### **（利用者代理人）**

第15条 利用者は代理人を選任し、この契約に定める権利の行使と義務の履行を代理して行わせる事ができます。

2 利用者の代理人選任に際して必要がある場合には、事業者は成年後見制度や地域社事業の内容を説明するものとします。

### **（裁判管轄）**

第16条 この契約に起因する紛争に関して訴訟の必要性が生じた時は、利用者の管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とします。

### **（協議事項）**

第17条 この契約に定めのない事項については、介護保険法等の関係法令に従い、利用者及び事業者の協議により定めます。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、契約者、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。

契約締結日 令和 年 月 日

【契約者】

私は、この契約書に基づく通所（介護予防）介護サービスの利用を申し込みます。

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

【署名代行者】

私は、利用者本人の意思を確認の上、利用者に代わってその署名を代行使しました。

（署名代行政理由： \_\_\_\_\_）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印（続柄 \_\_\_\_\_）

【代理人】

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印（続柄 \_\_\_\_\_）

【事業者】

私は、居宅サービス事業者として、利用者の申し込みを受託し、この契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって行います。

住 所 宮城県大崎市鳴子温泉字車湯 1-7

事業者名 合同会社 エスペランサ

氏 名 代表社員 佐々木 建仁 印

【事業所】

住 所 宮城県大崎市鳴子温泉字車湯 1 番地 7

事業所名 リハビリDAY & Spa 「希望の湯」

管理者 高 橋 暁 子

宮城県知事指定番号 0471502468

【契約書説明者】

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

# 個人情報使用同意書

私（利用者）、及びその家族の個人情報については、以下の記載する通り必要最低限の範囲内で使用することに同意します。

1. 使用する目的
  - (1) 居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合
  - (2) 利用者が自らの意思によって介護保険施設に入所されることに伴う必要最低限度の情報の提供
2. 使用する事業所の範囲  
利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者
3. 使用する期間  
契約で定める期間
4. 条件
  - (1) 個人情報の提供は必要最低限都市、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることの内容に最新の注意を払うこと  
個人情報を使用した会議においては、出席者、議事録内容等を記録して置く事

合同会社エスペランサ リハビリ DAY&Spa「希望の湯」 御中

令和 年 月 日

〈利用者〉  
住所

氏名

印

〈家族代筆〉  
住所

氏名

印（続柄 ）

利用者は、身体の状態等により署名が出来ない為利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。



## 緊急事態に対するための連絡カード

利用者名	フリガナ 男 女	生年月日	明、大、昭、平 年 月 日(満 )
住所	(〒 - )	電話番号	固定 - - 携帯 - -
かかりつけ医		連絡先	( )
既往歴		服薬	
緊急事態移送病院			

## 緊急事態連絡先の順序

順序	フリガナ 氏名	続柄	住所 電話番号
1			- -
2			- -
3			- -
4			- -

※緊急連絡先に変更があった場合は至急事業所までご連絡下さい。

### 連絡先

## リハビリ DAY & Spa 「希望の湯」

固定電話：0229—25—5117

携帯電話：090—6854—0862

※お手数ですが固定電話並びに携帯電話のご登録を宜しくお願い致します。

出来れば緊急連絡先の方全員にお願いしております。