

# 「かたろう家」通所介護(デイサービス)重要事項説明書兼利用契約書

2010.10

当通所介護サービスは介護保険の指定を受けています。  
(鹿児島県指定 第 4671200857 号)

利用者に対して、その有する能力に応じて可能な限り自立して、日常生活を営むことができるよう支援することを目的として、通所介護サービス(予防介護含む)を提供します。

## 目次

1.	施設経営法人	1
2.	施設の概要	1
3.	職員の配置状況	2
4.	施設が提供するサービスと利用料金	2
5.	事故発生時及び緊急時の対応	2
6.	損害賠償について	2
7.	個人情報の取扱	3
8.	苦情相談の受付について	3

### 1. 施設経営法人

- (1) 法人名 株式会社 遠友舎
- (2) 法人所在地 霧島市隼人町松永 3277 番地 13
- (3) 代表者氏名 吉満きみ代
- (4) 設立年月日 平成 22 年 3 月 8 日

### 2. 施設の概要

- (1) 施設の種類 通所介護(デイサービス) 平成 22 年 10 月 10 日指定  
鹿児島県 4671200857 号
- (2) 開設年月日 平成 22 年 11 月 1 日
- (3) 事業所の目的 利用者の自立支援と日常生活の充実に資するような適切な技術を基に、常に  
家族の身になってデイサービスの提供を行う。
- (4) 施設の名称 かたろう家
- (5) 施設の所在地 霧島市隼人町松永 3277 番地 13
- (6) 電話番号 0995-43-7773
- (7) 管理者 内村 美里
- (8) 当施設の運営方針 明るい家庭的な雰囲気の中で、生活リハビリを行うことにより、利用者が  
その有する能力に応じた生活ができるようにサービス提供に努めます。
- (9) 利用定員 18 名
- (10) 営業日及び営業時間 月～土曜 午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分
- (11) サービス提供時間 午前 9 時 10 分から午後 4 時 15 分  
サービス延長可能時間 午前 9 時 10 分から午後 6 時 30 分

### 3. 職員の配置状況

利用者に対してサービスを提供する職員として、以下の職員の配置をしています。

職 種	人 員 数
1. 管 理 者	1 名
2. 生 活 相 談 員	1 名以上
3. 介 護 職 員	1 名以上
4. 看 護 職 員	1 名以上
5. 機 能 訓 練 指 導 員	1 名以上
6. 調 理 員	1 名以上

### 4. サービス利用料金(参考：単位：円)

3 時 間 以 上 4 時 間 未 満		4 時 間 以 上 5 時 間 未 満		5 時 間 以 上 6 時 間 未 満	
要介護 1	409 単位	要介護 1	428 単位	要介護 1	645 単位
要介護 2	469 単位	要介護 2	491 単位	要介護 2	761 単位
要介護 3	530 単位	要介護 3	555 単位	要介護 3	879 単位
要介護 4	589 単位	要介護 4	617 単位	要介護 4	995 単位
要介護 5	651 単位	要介護 5	682 単位	要介護 5	1113 単位

6 時 間 以 上 7 時 間 未 満		7 時 間 以 上 8 時 間 未 満		8 時 間 以 上 9 時 間 未 満	
要介護 1	666 単位	要介護 1	739 単位	要介護 1	768 単位
要介護 2	786 単位	要介護 2	873 単位	要介護 2	908 単位
要介護 3	908 単位	要介護 3	1,012 単位	要介護 3	1,052 単位
要介護 4	1029 単位	要介護 4	1,150 単位	要介護 4	1,197 単位
要介護 5	1150 単位	要介護 5	1,288 単位	要介護 5	1,339 単位

入浴介助加算	50 単位(1 回利用につき)
認知症加算	60 単位(1 回利用につき)
処遇改善加算 I	所定単位数の 5,9%

サービス提供体制強化加算(要介護)	18 単位(1 回利用につき)
同一建物減算※5	-94 単位(1 回利用につき)

### 総合事業

通所型サービス 1 回数	事業対象者・要支援 1(月 4 回まで)	380 単位(1 回利用につき)
通所型サービス 2 回数	事業対象者・要支援 2(月 5~8 回まで)	391 単位(1 回利用につき)

同一建物減算 1 ※5	事業対象者・要支援 1	376 単位
同一建物減算 2 ※5	事業対象者・要支援 2	752 単位

提供体制加算 I 11	事業対象者・要支援 1	72 単位
提供体制加算 I 12	事業対象者・要支援 2	144 単位
通所型サービス処遇改善加算 I	所定単位数の 5,9%	

※別途一回につき昼食代 450 円及びおやつ代 40 円、サークル活動の材料費 30 円とオムツ代実費負担があります。

※介護保険給付限度を超えた場合は、別途全額自己負担となります。

※サービス提供時間の変更希望で通所介護費基本単価に変動の場合があります。（変更の場合、事前連絡）

※5 は併設されている住宅型有料老人ホームゆるり館に入所されている方が対象です。

### ◎ 利用料金のお支払い方法

利用料金等は、1 ヶ月ごとに請求しますので、末日までに下記口座へ振込されるか直接持参にてお支払いください。銀行振込手数料は、別途負担をお願いします。所定日までにお支払がない場合は、利用をお断りすることになりますので期日厳守をお願いします。

(振込口座)			
①	銀行	支店	普通預金No.
	口座名義	株式会社	遠友舎
②	銀行	支店	普通預金No.
	口座名義	株式会社	遠友舎

### 5. 事故発生時及び緊急時の対応

万一、利用者に不慮の事故が発生した場合は、直ちに管理者と施設長に連絡を行いその指示に従い適切な処置を行います。また事故対応マニュアルに従い、関係市町村及び利用者の家族へも連絡を行います。必要に応じて関連医療機関にも連絡を行います。

### 6. 損害賠償について

施設の欠損もしくは、職員の介助が原因で発生したケガについては当施設の賠償責任保険で対応いたしますが、これ以外の場合補償は行われません。

### 7. 個人情報の取扱

医療上、緊急の必要性がある場合または契約者に係る施設との連携を図るなど正当な理由がある場合には契約者又はその家族等の個人情報を用いることがあります。

また、関係市町村からの求めがあり、正当な理由がある場合には契約者又は家族の個人情報を提供することがあります。

## 8. 苦情相談の受付について

### ・当事業所における苦情相談の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けています。

・苦情受付窓口（担当者）     〔職名〕 管理者 内村 美里

（受付時間：月～土 8：30～17：30）

TEL0995-43-7773

### ◎ 行政機関その他の苦情相談受付機関

霧島市役所 長寿障害福祉課	〒899-4332 所在地 霧島市国分中央3-45-1 電話番号 0995-45-5111 受付時間 8：30～17：00
鹿児島県庁 介護福祉課	〒890-0064 所在地 鹿児島市鴨池新町10番1号 電話番号 099-286-2674 受付時間 8：30～17：00
鹿児島県国民健康保険 団体連合会	〒890-0064 所在地 鹿児島市鴨池新町7番4号（県市町村自治会館内） 電話番号 099-213-5122 受付時間 8：30～17：00

# 通所介護（デイサービス）『かたろう家』利用契約書

## 目 次

### 第1章 総 則

- 第1条 （契約の目的）
- 第2条 （契約期間）
- 第3条 （通所介護計画の決定・変更）
- 第4条 （介護保険給付対象サービス）
- 第5条 （契約期間と利用期間）

### 第2章 サービスの利用と料金の支払い

- 第6条 （サービス利用料金のお支払い）
- 第7条 （利用の中止・変更・追加）
- 第8条 （利用料金の変更）

### 第3章 事業者の義務

- 第9条 （事業者及びサービス従事者の義務）
- 第10条 （守秘義務等）

### 第4章 契約者の義務

- 第11条 （契約者の施設利用上の注意義務等）

### 第5章 損害賠償 （事業者の義務違反）

- 第12条 （損害賠償責任）
- 第13条 （損害賠償がなされない場合）
- 第14条 （事業者の責任によらない事由によるサービスの実施不能）

### 第6章 契約の終了

- 第15条 （契約の終了事由、契約終了に伴う援助）
- 第16条 （契約者からの中途解約）
- 第17条 （契約者からの契約解除）
- 第18条 （事業者からの契約解除）
- 第19条 （精算）

### 第7章 その他

- 第20条 （苦情相談処理）
- 第21条 （協議事項）

株式会社 遠友舎（以下「事業者」という。）は、 \_\_\_\_\_  
（以下「契約者」という。）が「かたろう家」（以下「事業所」という。）において、事業者から提供される通所介護サービス(予防介護含む)を受け、契約者がそれに対する利用料金を支払うことについて、次のとおり契約（以下「本契約」という。）を締結する。

## 第1章 総 則

### 第1条（契約の目的）

かたろう家は、要介護状態にある契約者に対し、介護保険法令の趣旨に従い、契約者がその有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、通所介護サービスを提供します。事業者が契約者に対して実施する通所介護サービスの内容、利用期間、費用等の事項は、別に定めるとおりとします。

### 第2条（契約期間）

この契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までとします。ただし、契約期間満了の2日前までに契約者から文書による契約終了の申し入れがない場合には、本契約は更に同じ条件で更新されるものとし、以後も同様とします。

### 第3条（通所介護計画の決定・変更）

- 1、事業者は、契約者に係る居宅サービス計画（ケアプラン）が作成されている場合にはそれに沿って契約者の通所介護計画を作成するものとします。
- 2、事業者は、契約者に対して、居宅介護支援事業者を紹介する等居宅サービス計画作成のために必要な支援を行うものとします。
- 3、事業者は、通所介護計画について、契約者及び家族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、事業者は、契約者に係る居宅サービス計画が変更された場合、もしくは契約者及びその家族等の要請に応じて、通所介護計画について変更の必要があるかどうかを調整し、その結果、通所介護計画の変更の必要があると認められた場合には、契約者及びその家族等と協議して、通所介護計画を変更するものとします。
- 5、事業者は、通所介護計画を変更した場合には、契約者に対して書面を交付し、その内容を確認するものとします。

### 第4条（介護保険給付対象サービス）

事業者は、介護保険給付対象サービスとして、事業所において、入浴、排泄、食事等の介護その他生活リハビリ等を提供するものとします。

### 第5条（契約期間と利用期間）

この契約でいう契約期間とは、第2条に定める契約の有効期限をいう。利用期間とは、第2条で定められた契約期間内において、事業者が契約者に対して、現に通所介護サービスを実施する期間をいいます。

## 第2章 サービスの利用と料金の支払い

### 第6条（サービス料金の支払い）

- 1、契約者は、当事業所に対しこの契約に基づく通所介護サービスの対価として『別紙』に定める所定の料金体系に基づいたサービス利用料金を事業者に支払うものとします。ただし、契約者がいまだ要介護認定を受けていない場合及び居宅サービスの計画が作成されていない場合には、サービス利用料金を一旦全額支払うものとします。（要介護認定後又は居宅サービス計画作成後、自己負担を除く全額が介護保険から払い戻されます。）（償還払い）
- 2、契約者は、別紙に定めるサービス利用料金をサービスの終了時に支払うものとします。
- 3、事業者は、契約者から別紙に定める利用料金の支払いを受けたときは入居者及び契約者に対し領収書を発行します。

### 第7条（利用の中止・変更・追加）

- 1、契約者は、第5条に定める利用期間内において、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たな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、契約者はサービス開始日の前日までに事業者申し出るものとします。
- 2、契約者が、利用開始日に利用中止を申し出た場合に、別紙に定める所定の料金を事業者へ支払っていただく場合があります。
- 3、事業者は、第1項目に基づく契約者からのサービス利用の変更・追加の申し出に対して事業者が契約者の希望するサービスの提供ができない場合、他の利用可能機関を契約者に提示して協議するものとします。
- 4、契約者は、第5条に定める利用期間中であっても、サービスの利用を中止することができます。
- 5、前項の場合に、契約者は、すでに実施されたサービスに対する利用料金を利用終了日に精算するものとします。
- 6、第4項により契約者がサービスの利用を中止する場合において事業者は、契約者の心身の状況、置かれている環境等勘案し必要な援助を行うものとします。

### 第8条（利用料金の変更）

- 1、利用料金について、介護給付体系の変更があった場合、事業者は当該サービス利用料金を変更することができるものとします。
- 2、利用料金については、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、事業者は、契約者に対して、変更を行う日の2ヶ月前までに説明をしたうえで、当該サービス利用料金を相当な額に変更することができます。
- 3、契約者は、前項の変更に同意することができない場合には、本契約を解約することができます。

## 第3章 事業者の義務

### 第9条（事業者及びサービス従事者の義務）

- 1、事業者及びサービス従事者は、サービスの提供にあたって、契約者の生命、身体、財産、安全について確実に配慮するものとします。
- 2、事業者及びサービス従業者は、契約者の体調・健康状態から見て必要な場合には、契約者の主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関と連帯し、契約者からの聴取・確認の上でサービスを実施するものとします。
- 3、事業者及びサービス従事者は、契約者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除

- き、身体拘束その他、契約者の行動を制限する行為を行わないものとします。
- 4、事業者は、契約者に対する通所介護サービスの提供について記録を作成し、それを5年間保管し、契約者もしくはその代理人の請求に応じてこれを閲覧させ、複写物を交付するものとします。
  - 5、事業者は、契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。また契約者に係る他の施設と連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、契約者又はその家族等の個人情報を用いることができるものとします。
  - 6、事業者は、サービス提供時において契約者に病状の急変が生じた場合その他に必要な措置を講じるものとします。

#### 第10条（守秘義務等）

- 1、事業者及びサービス従事者は、通所介護サービスを提供するうえで知り得た契約者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、この契約が終了した後も継続します。
- 2、事業者は、契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に契約者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- 3、前2項にかかわらず、契約者に係るほかの居宅介護事業者等と連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得たうえで、契約者又は契約者家族などの個人情報を用いることができるものとします。

### 第4章 契約者の義務

#### 第11条(契約者の施設利用上の注意義務等)

- 1、契約者は、事業所施設をその本来の用途に従って、利用するものとします。
- 2、契約者が事業所の施設、設備について故意又は重大な過失により滅失、破損、汚損した場合には、契約者は、自己の費用により原状に復するか、又は相当の代価を支払うものとします。

### 第5章 損害賠償（事業者の業務違反）

#### 第12条（損害賠償責任）

- 1、事業者は、この契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由により契約者又は契約に生じた損害について賠償する責任を負います。第10条に定める守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、契約者に故意な過失が認められる場合には契約者のおかれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、損害賠償責任を減じることができるものとします。
- 2、事業者は、前項の損害賠償責任を速やかに履行するものとします。

#### 第13条（損害賠償がなされない場合）

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。

- (イ) 契約者が、契約締結時に自身の心身の状況及び病歴等の重要事項について、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。
- (ロ) 契約者の、サービスの利用にあたって契約者が必要な事項に関する聴取・確認に対し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。
- (ハ) 契約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。

- (ニ) 事業者もしくはサービス従事者の指示、依頼に反して行った行為にもつぱら起因して損害が発生した場合。

#### 第 14 条(事業者の責任によらない事由によるサービスの実施不能)

事業者は、この契約の有効期間中、地震・噴火等の天災その他自己の責に帰すべからざる事由によりサービスの実施ができなくなった場合には、契約者に対して既に実施したサービスを除いて、所定のサービス利用料金の支払いを契約者に請求することはできないものとします。

### 第 6 章 契約の終了

#### 第 15 条 (契約の終了事由、契約終了に伴う援助)

- 1、契約者は、以下の各号に基づく契約の終了がない限り、この契約に定めるところに従い従事者が提供するサービスを利用することができるものとします。

(イ) 契約者が死亡した場合

(ロ) 要介護認定により入居者の心身の状況が「自立」と判定された場合

(ハ) 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合

(ニ) 施設の滅失や重大な破損により、サービスの提供が不可能になった場合

(ホ) 事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

(ヘ) 第 16 条から第 18 条に基づきこの契約が解約又は解除された場合

- 2、事業所は、前項(イ)を除く各号によりこの契約が終了する場合には、契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めるものとします。

#### 第 16 条 (契約者から中途解約)

- 1、契約者は、この契約の有効期間中、本契約を解約することができます。この場合には、契約者が契約終了を希望する日の 7 日前までに事業者へ通知するものとします。

- 2、契約者は、以下の事項に該当する場合には、この契約を即時解約することができます。

(イ) 第 8 条第 3 項により、この契約を即時解約する場合

(ロ) 契約者が介護保険施設等に入所した場合

(ハ) 契約者に係る居宅サービス計画（ケアプラン）が変更された場合

#### 第 17 条 (契約者からの契約解除)

契約者は、事業者もしくはサービス従事者が以下の事項に該当する行為を行った場合には、この契約を解除することができます。

- 1、事業者もしくは、サービス事業者が正当な理由なくこの契約に定める通所介護サービスをしな場合

- 2、事業者もしくはサービス従事者が第 10 条に定める守秘義務に違反した場合

- 3、事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他この契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

- 4、他の契約者により自身の身体・財物・信用等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

## 第 18 条(事業者からの契約解除)

事業者は、契約者が以下の事項に該当する場合には、この契約を解除することができる。

- 1、契約者が、契約締結時にその自身の心身の状況及び病歴要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、その結果この契約を契約しがたい重大な事情が生じさせた場合
- 2、契約者による第 6 条第 1 項目から第 3 項目に定めるサービス利用料金の支払いが 1 ヶ月以上遅延し、その支払いを督促したにもかかわらず 14 日以内に支払われない場合
- 3、契約者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契約者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、この契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- 4、感染症疾患等により他の契約者及びサービス従業者の健康に重大な影響を及ぼすおそれがあると医師が認めた場合及び病状の悪化等により他の施設での介護・入院が必要と医師が認めた場合

## 第 19 条 (精算)

第 15 条第 1 項目(イ)から(ハ)によりこの契約が終了した場合において、契約者が既に実施されたサービスに対する利用料金支払い義務その他の条項に基づく義務を事業者に対して負担しているときは、契約終了日から 1 週間以内に精算するものとします。

## 第 7 章 その他

### 第 20 条(苦情相談処理)

事業者は、その提供したサービスに関する契約者等からの苦情相談に対して、苦情相談を受け付ける窓口を設置して適切に対応するものとします。

### 第 21 条 (協議事項)

この契約に定められない事項について問題が生じた場合には、事業者は介護保険法その他諸法令の定める所に従い、契約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、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。

附 則

この規定は平成 22 年 1 月 1 日から施行する。

附 則

この規定は平成 24 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この規定は平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この規定は平成 27 年 1 月 1 日から施行する。

附 則

この規定は平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この規定は平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この規定は平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この規定は令和1年10月1日から施行する。

通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項説明及び利用契約書内容について説明を行いました。

令和 年 月 日

説明者 氏名 ⑩

私ども契約者本人及び家族等は、本書面に基づき貴事業所から重要事項及び利用契約書内容の説明を受け、その内容を十分理解しました。そのうえで通所介護サービスの提供開始を受けることに同意し、「かたろう家」デイサービス利用契約を行います。

令和 年 月 日

事業者住所 霧島市隼人町松永 3277 番地 13  
事業所名 株式会社 遠友舎 「かたろう家」  
代表者氏名 代表取締役 吉満きみ代 ⑩

契約者住所 電話  
氏名 ⑩

契約者家族等住所 電話  
氏名 ⑩

(緊急時連絡先)

氏 名	続 柄	電話番号(必ず連絡の取れる番号をお願いします)

(主治医)

医療機関名(医師名)	電 話 番 号	所 在 地