

契 約 書

重要事項説明書

利用者： _____ 様

事業者： 株式会社 ゆうせん堂 _____

契約書 〔令和8年9月11日現在〕

_____様（以下「利用者」といいます）と、株式会社ゆうせん堂の営むリハビリスタジオ オアシス（以下「事業者」といいます）は、「地域密着型通所介護事業」および「介護予防・日常生活支援総合事業」（以下まとめて「サービス」といいます）の提供について、次のとおり契約します。

第1条 契約の目的

事業者は、介護保険法令の趣旨にもとづき、利用者が可能なかぎりご自宅で自立した生活が続けられるよう、サービスを提供します。利用者は、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（要支援）認定の有効期間満了日まで（事業対象者については、その認定が有効な期間まで）とします。
2. 契約満了の2日前までに、利用者から事業者に対して、文書または口頭による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3条 サービス計画

事業者は、利用者の日常生活の状況とご希望をもとに、居宅サービス計画（介護予防通所介護相当サービスにあっては介護予防サービス支援計画。以下「ケアプラン」という）に沿った通所介護計画（介護予防通所介護相当サービスにあっては介護予防通所介護計画。以下「通所介護計画等」という）を作成し、利用者のご家族に内容を説明します。

第4条 サービスの提供場所・内容

1. サービスの提供場所はリハビリスタジオ オアシスです。所在地・概要は重要事項説明書をご参照ください。
2. 事業者は、第3条の通所介護計画等に沿ってサービスを提供します。
3. サービス内容の変更を希望される場合は、事業者にお申し出ください。内容を検討のうえ、可能な範囲で対応します。

第5条 サービス提供の記録

1. 事業者は、サービス提供記録を作成し、この契約の終了後5年間保管します。
2. 利用者は、事業所の営業時間内に、ご自身のサービス提供記録を閲覧することができます。
3. 利用者は、サービス提供記録の写しの交付を受けることができます。なお、複写にかかる費用は【契約書別紙】に定める料金をご負担ください。

第6条 料金

1. 利用者は、【契約書別紙】に定める単位ごとの料金をもとに計算した月額合計を支払います。
2. 事業者は、当月料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月初旬頃に利用者に配布します。
3. 利用者は、当月料金の合計額を翌月中に事業者の指定する方法で支払います。

第7条 料金の変更

1. 事業者は、1か月前までに文書でお知らせすることで、料金の変更（増減額）を申し入れることができます。

2. 利用者が変更を承諾する場合は、新しい料金にもとづく【契約書別紙】を作成し、双方で取り交わします。

第8条 サービスの中止

1. 利用者の都合によりサービスを中止（キャンセル）する場合は、サービス提供日の前営業日午後5時30分までに事業者ご連絡してください（ただし、利用者の急病、体調不良、入院、急用等が発生した場合は、当日キャンセルも可とする）。
2. 事業者は、利用者の体調不良等で、サービスを変更または中止することがあります。その場合、必要に応じてご家族に連絡の上、適切に対応します。
3. 他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

第9条 サービスの終了

1. 利用者は、1週間前までに文書または口頭で通知することで契約を解約できます。
急病・入院などやむを得ない場合は、1週間未満の通知でも解約できます。
2. 事業者は、やむを得ない事情がある場合、1か月前までに理由を明記した文書でお知らせすることで、契約を解約することができます。
3. 次の事由に該当する場合、利用者は文書または口頭で通知することで、直ちに契約を解約できます。
 - ① 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - ② 事業者が守秘義務に反した場合
 - ③ 事業者が利用者やその家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合
 - ④ 事業者が破産した場合

4. 次の事由に該当する場合、事業者は文書で通知することで、直ちに契約を解約できます。

① 利用料の支払いが3か月以上遅れ、督促後も10日以内に支払われない場合

② 利用者またはご家族等が、事業者・従業員・他の利用者に対して契約の継続が困難なほどの迷惑行為・背信行為を行った場合

※ 前号の「迷惑行為・背信行為」には、認知症等の病気や障害の症状として現れる言動は含まれません。この場合は、「ハラスメント防止方針」に定めるとおり、医療的なケアが必要な対応として取り扱います。

5. 次の事由に該当する場合、この契約は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・要支援認定区分が非該当（自立）と認定された場合、または事業対象者の認定が解消された場合

③ 利用者が死亡した場合

6. 次の事由に該当する場合、事業者は契約を終了することがあります。

① 利用者のご利用回数が極端に少ない場合

② 利用者のお休みが継続して2か月続いた場合

③ 利用者が入院後にリハビリ病院への転院が決まった場合

第10条 秘密保持

1. 事業者および職員は、サービス提供を通じて知り得た利用者・ご家族の個人情報を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この義務は契約終了後も続きます。

2. サービス担当者会議で利用者・ご家族の個人情報を共有する場合がありますが、本契約の締結をもってこれに同意いただいたものとみなします。

第11条 賠償責任

事業者の過失によりサービス提供中に利用者の生命・身体・財産に損害が生じた場合は、事業者は速やかにその損害を賠償します。

第12条 緊急時の対応

サービス提供中に利用者の体調が急変した場合などは、速やかにご家族または緊急連絡先に連絡するとともに、医療機関への協力要請など必要な措置を講じます。

第13条 連携

事業者は、サービスの提供にあたり、ケアマネジャー（介護支援専門員）や医療・福祉サービスの担当者と連携して対応します。

第14条 相談・苦情対応

窓口は【重要事項説明書】第1項に定める通りです。

第15条 本契約に定めのない事項

1. 利用者と事業者は、誠実にこの契約を守るものとします。
2. この契約に定めのない事項は、介護保険法令その他の法令を尊重し、双方が誠意をもって協議のうえ決めます。

第16条 裁判管轄

この契約に関して訴訟となる場合は、事業者の所在地を管轄する裁判所を第一審の管轄裁判所とします。

重要事項説明書〔令和8年9月11日現在〕

1 相談・苦情窓口

リハビリスタジオ オアシス

TEL 048-423-0177

担当 石川 正義

重要事項説明者 梶本 恵子

2 リハビリスタジオ オアシスの概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	リハビリスタジオ オアシス
所在地	埼玉県朝霞市本町2丁目25-32 スペースクラフト21A号室
介護保険指定番号	地域密着型通所介護事業 ・ 介護予防日常生活支援総合事業 (埼玉県 1172100867号)
サービス提供地域	朝霞市 志木市 (一部区域)

(2) 営業時間

営業日	月曜～土曜 8:30～17:30	
サービス提供時間	午前の部 9:00～12:05	午後の部 13:30～16:35
休日	日曜 ・ 夏季休暇 ・ 年末年始	

(3) 職員体制

	資 格	常 勤	非常勤	計
管理者		1名		1名
生活相談員	介護福祉士	1名		1名
介護職員	介護福祉士/その他	4名	2名	6名
機能訓練指導員	あんまマッサージ指圧師/柔道整復師/ 理学療法士	1名	3名	4名
看護職員	看護師/准看護師		2名	2名

3 利用料金

(1) 介護保険適用・介護保険適用外の利用料金

【契約書別紙】をご参照ください。

(2) 料金の支払方法

毎月月末締め・翌月払い。お支払方法は以下からご選択ください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月 27 日（祝休日の場合は直後の営業日）に、指定の口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月中までに、現金でお支払いください。

4 サービス内容

生活等に関する相談・助言、機能訓練、口腔ケア、健康状態の確認、送迎、アクティビティ

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

通所介護計画等作成と同時に契約を結びサービス提供を開始します。

※ケアプランの作成を依頼している場合は、事前に担当者にご相談ください。

(2) サービスの終了

① 利用者の都合でサービスを終了する場合

終了希望日の 1 週間前までに、文書または口頭にてお申し出ください。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

終了の1か月前までに文書でご通知します。

※即時解約・自動終了などその他の終了条件については、契約書第9条をご参照ください。

(3) 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、市区町村や担当の地域包括支援センター・居宅介護支援事業所に連絡するとともに、必要な措置を速やかに講じます。事業者に賠償責任がある場合は、損害賠償を速やかに行います。

6 緊急時の連絡先

ご家族	氏名（続柄）	
	住所	
	電話番号	
主治医	病院名	
	主治医の氏名	
	電話番号	

※詳細な義務規定は契約書第12条に定めます。

7 当事業所以外の苦情相談窓口について

市町村・国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口にもご相談いただけます。

朝霞市 介護保険課 048-463-1719（直通）

志木市 長寿応援課 048-473-1348

埼玉県国民健康保険団体連合会 介護福祉課苦情相談係 048-824-2568

8 提供するサービスの第三者評価の実施状況 なし

9 虐待防止に関する事項

(1) 事業所は利用者の人権を守り虐待を防止するため次の取り組みを行います。

① 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施

② 利用者及びそのご家族からの苦情処理体制の整備（ご相談は本書「1 相談・苦情窓口」にて承ります）

③ その他、虐待防止のために必要な措置

(2) サービス提供中に、職員またはご家族等による虐待が疑われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

(3) 虐待防止検討委員会の設置

当事業所は、虐待防止のため「虐待防止検討委員会」を設置しています。

運営責任者は管理者とし、虐待防止に関する措置の実施担当者を兼ねます。

10 ハラスメント防止に関する事項

(1) 当事業所は「ハラスメント防止方針」を定め、ご利用者やご家族等から職員へのハラスメント（身体的暴力、精神的暴力、セクシュアルハラスメント等）を防止するため、次の取り組みを行います。

① 職員向け研修の実施

② ハラスメントに関する相談・苦情処理体制の整備

③ その他、ハラスメント防止のために必要な措置

(2) ご利用者・ご家族等からの著しい迷惑行為（カスタマーハラスメント）が確認された場合は、担当の変更や契約解除の検討を含め、必要な対応を行います。ただし、認知症等の病気や障害の症状として現れる言動は、ハラスメントとして扱わず、医療的なケアが必要な対応として対応します。

1 1 会社の概要と事業内容

社名	株式会社ゆうせん堂
資本金	1 0 0 0 万円
設立	平成 1 2 年 4 月 個人開業 平成 1 8 年 2 月に法人変更
所在地	埼玉県朝霞市本町 2 丁目 2 5 - 3 2 スペースクラフト 21 A 号室
代表者	代表取締役 後藤 泉
事業内容	地域密着型通所介護事業 / 介護予防・日常生活支援総合事業

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。

上記の契約書および重要事項説明書の内容の説明を受け、了承しました。

契約締結日 令和 年 月 日

【利用者】 住 所

氏 名

【署名代行者】 住 所

氏 名

(利用者との関係)

【立会人】 住 所

氏 名

【事業者】 埼玉県朝霞市本町 2-25-32 スペースクラフト 21 A 号室

株式会社 ゆうせん堂

代表取締役 後 藤 泉

⑨

【事業所】 埼玉県朝霞市本町 2-25-32 スペースクラフト 21 A 号室

リハビリスタジオ オアシス (指定番号 1 1 7 2 1 0 0 8 6 7 埼玉県)

<契約書別紙>

1. 通所内容

クラス	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
午前クラス 9:00~12:05						
午後クラス 13:30~16:35						

2. 利用料金

(1) 介護保険適用の利用料金

(1 単位→10.54 円)

		単位	一割負担分	二割負担	三割負担
要 支 援 等	事業対象者・要支援 1	1798 単位	1895 円/月	3790 円/月	5685 円/月
	要支援 2 (週 1 回)	1811 単位	1909 円/月	3818 円/月	5727 円/月
	事業対象者・要支援 2 (週 2 回)	3621 単位	3816 円/月	7633 円/月	11449 円/月
	+ サービス提供体制強化加算 II (週 1 回)	72 単位	76 円/月	152 円/月	228 円/月
	+ サービス提供体制強化加算 II (週 2 回)	144 単位	152 円/月	304 円/月	455 円/月
	+ 科学的介護推進体制加算	40 単位	42 円/月	84 円/月	127 円/月
	+ 口腔機能向上加算 II	160 単位	169 円/月	337 円/月	506 円/月
要 介 護	要介護 1	416 単位	438 円/日	877 円/日	1315 円/日
	要介護 2	478 単位	504 円/日	1008 円/日	1511 円/日
	要介護 3	540 単位	569 円/日	1138 円/日	1708 円/日
	+ 個別機能訓練加算 I (口)	76 単位	80 円/日	160 円/日	240 円/日
	+ 個別機能訓練加算 II	20 単位	21 円/月	42 円/月	63 円/月
	+ サービス提供体制強化加算 II	18 単位	19 円/日	38 円/日	57 円/日
	+ 科学的介護推進体制加算	40 単位	42 円/月	84 円/月	127 円/月
	+ ADL 維持等加算 I	30 単位	32 円/月	63 円/月	95 円/月
	+ ADL 維持等加算 II	60 単位	63 円/月	126 円/月	190 円/月
	+ 口腔機能向上加算 II	160 単位	169 円/月 1 回	337 円/月 1 回	506 円/月 1 回
共 通	介護職員等処遇改善加算 I 口	ひと月につき +ひと月の所定の単位 ×12.7%			

(2) 自費をいただくもの (介護保険適用外)

お飲み物代	週 1 回利用 / 月額 1000 円	週 2 回以上利用 / 月額 1300 円
リハビリパンツ	衣類を汚された方用	1 枚 100 円
書類印刷代	サービス提供に関する記録等の複写物の交付にかかる費用	1 枚 10 円