利　用　契　約　書

－ 通 所 介 護 事 業 －

社会福祉法人　賛育会

東京清風園　高齢者在宅サービスセンター

利　用　契　約　書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　（以下「ご利用者」といいます）　と、
東京清風園高齢者在宅サービスセンター　（以下「事業者」といいます）　は、事業者がご利用者に対して行う通所介護について、次の通り契約します。

第１条　（契約の目的）

事業者はご利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって、ご利用者が可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう通所介護を提供します。ご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　この契約の期間は、　　年　　月　　日からご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、ご利用者から事業者に対して文書で契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されます。

第３条　（通所介護計画）

事業者は、ご利用者の日常生活全般の状況、および希望を踏まえて、「居宅サービス計画」に沿って　「通所介護計画」を作成します。事業者は「通所介護計画」の内容を、ご利用者およびその家族に説明します。

第４条　（通所介護の提供場所、内容）

１　通所介護の提供場所は、東京清風園高齢者在宅サービスセンターです。

２　事業者は、第３条に定めた通所介護計画に沿って、通所介護を提供します。事業者は通所介護の提供にあたり、その内容についてご利用者に説明します。

３　ご利用者は、サービス内容の変更を希望する場合には、事業者に申し入れることができます。その場合、事業者は可能な限りご利用者の希望に添うようにします。

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２年間保管します。

２　ご利用者は、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前項のサービス実施記録を閲覧できます。

３　利用者は、前項の当該利用者に関するサービス実施記録を複写して、交付を受けることができます。

第６条　（料金）

１　ご利用者は、サービスの対価として［契約書別紙兼重要事項説明書］　に定める料金をもとに計算された、月ごとの合計額を支払います。

２　事業者は、当月の料金合計額の請求書に明細を付して、翌月１５日前後にご利用者に通知いたします。

３　ご利用者は当月の料金合計額を、翌月末日までに現金または口座振替･自動引落し等の方法で支払います。

４　事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときは、ご利用者に対し領収証を発行します。

第７条　（料金の変更）

１　事業者はご利用者に対して、３０日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（増額または減額）　を申し入れることができます。

２　ご利用者が料金の変更を承諾する場合、新たな料金に基づく　［契約書別紙兼重要事項説明書］　を作成し、お互いに取り交わします。

３　ご利用者は料金の変更を承諾しない場合、事業者に対して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８条　（契約の終了）

１　ご利用者は事業者に対して、７日間の予告期間をおいて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。ただし、ご利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が７日間以内の通知でも、この契約を解約することができます。

２　事業者はやむを得ない事情がある場合、ご利用者に対して３０日間の予告期間をおいて、理由を示した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。

３　次の事由に該当した場合は、ご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事業者がご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　次の事由に該当した場合は、事業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 ご利用者のサービス料金の支払いが９０日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、３０日以内に支払われない場合
② ご利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、またはご利用者の入院もしくは病気等により、９０日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 ご利用者またはその家族などが、事業者やサービス従業者、他のご利用者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

５　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 ご利用者が介護保険施設に入所した場合
② ご利用者の要介護認定区分が、非該当　（自立）　と認定された場合
③ ご利用者の要介護認定区分が、要支援に認定された場合
④ ご利用者が死亡した場合

第９条　（秘密保持）

１　事業者や事業者の使用する者は、サービス提供で知り得たご利用者およびそのご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　事業者は、ご利用者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、ご利用者及び当該家族の個人情報を用いません。

３　個人情報の取り扱いについては、当施設「個人情報保護に関する基本方針」及び別記「当施設における個人情報の利用目的」により保護に努めます。

第１０条　（賠償責任）

１　事業者はサービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により、ご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、ご利用者に対してその損害を賠償します。

２　ご利用者の故意、過失により、事業者の設備、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、ご利用者は事業者に対してその損害を賠償します。

第１１条　（緊急時の対応）

事業者は、現に通所介護の提供を行っているときに、ご利用者の病状の急変が生じた場合、また、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、速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

第１２条　（連携）

１　事業者は、通所介護の提供にあたり、介護支援専門員及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、この契約書の内容を介護支援専門員に速やかに連絡します。

２　事業者は、この契約の内容が変更された場合、またはこの契約が終了した場合は、その内容を記した書面の写しを速やかに介護支援専門員に送付します。なお、第８条２項または４項に基づいて解約通知をする際は、事前に介護支援専門員に連絡します。

第１３条　（相談・苦情対応）

事業者は、ご利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、通所介護に関するご利用者の要望、苦情に対し、迅速に対応します。

第１４条　（本契約に定めのない事項）

１　ご利用者および事業者は、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尊重し、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

第１５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は、ご利用者および事業者は、ご利用者の住所地を管轄する裁判所を第一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、ご利用者、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　　年　　月　　日

契約者氏名

事業者

〔事業者名〕　社会福祉法人　賛育会
東京清風園　高齢者在宅サービスセンター
（東京都指定　第１３７０７００５３４号）

〔住　　所〕　東京都墨田区立花１丁目２５番１２号

〔代表者名〕社会福祉法人　賛育会　東京清風園　高齢者在宅サービスセンター代表
東京清風園施設長　　赤　荻　佐　和　　印

ご利用者

〔住　　所〕 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〔氏　　名〕 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（代筆者：　　）

ご家族代表者

〔住　　所〕 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〔氏　　名〕 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（ご利用者本人との関係：　　）

代理人（成年後見人及び委任状による受任者）

〔住　　所〕 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〔氏　　名〕 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（ご利用者本人との関係：　　）

契約書別紙 兼　重要事項説明書

（２０２４年４月１日改定）

１．東京清風園　高齢者在宅サービスセンター事業の概要

（１）名称及び提供するサービス種類と地域

名称	東京清風園高齢者在宅サービスセンター
介護保険指定番号	通所介護 （東京都指定　第１３７０７００５３４号）
所在地	東京都墨田区立花１丁目２５番１２号
サービスを提供する地域	墨田区、江東区にお住まいの方

（２）センターの職員体制

	法令配置基準	常勤/非常勤	計
生活相談員	１名以上	１名/０名	１名
介護職員	月・火・水・木・金・土曜日６名以上	４/７名	１１名
看護師	１名以上	０名/２名	２名
機能訓練指導員	１名以上	０名/２名	２名

（３）センターの設備の概要

定員	月・火・水・木・金・土曜日　　４０名
食堂兼機能訓練室	１室
浴室	一般浴槽・特殊浴槽
静養室	６床
相談室	１室
送迎車	４台

（４）営業時間

営業日	月曜～土曜（祝日含む）
営業時間	午前８：４５～午後６：００
サービス提供時間	午前９：００～午後５：００
休業日	日曜日：１２月３１日　～　１月３日

２．当センターの運営方針

東京清風園は、

①高齢者が生活する上で個人として尊重され、安心して利用できる施設であること
②高齢者福祉の拠点として地域に開かれた施設であること
③豊かなふれあいのある施設であること

基本方針として運営しています。

通所介護サービスを利用することで、住み慣れたご自宅での生活が継続できますよう支援いたします。

３．サービス内容

①送迎　　リフト付車輌でご自宅近くまで送迎させて頂きます。
②食事　　管理栄養士による献立のもと、昼食とおやつを召し上がって頂きます。
③入浴　　ご利用者の身体状況に合わせた入浴方法を行います。
④機能訓練　資格取得者による訓練を行います。
⑤生活相談　サービス利用にあたっての相談、介護相談はいつでも応じます。

４．利用料金

（１）基本料金〔通常規模型通所介護費〕

①通所介護利用料　（利用時間　　３時間以上４時間未満）

	単位/回	利用料金/1 回	自己負担目安/（１回） 【１割負担の場合】
要介護度１	３７０	４０３３円	４０４円
要介護度２	４２３	４６１０円	４６１円
要介護度３	４７９	５２２１円	５２３円
要介護度４	５３３	５８０９円	５８１円
要介護度５	５８８	６４０９円	６４１円

②通所介護利用料　（利用時間　　４時間以上５時間未満）

	単位/回	利用料金/1 回	自己負担目安/（１日） 【１割負担の場合】
要介護度１	３８８	４２２９円	４２３円
要介護度２	４４４	４８３９円	４８４円
要介護度３	５０２	５，４７１円	５４８円
要介護度４	５６０	６，１０４円	６１１円
要介護度５	６１７	６７２５円	６７３円

③通所介護利用料　（利用時間　　５時間以上６時間未満）

	単位/回	利用料金/1 回	自己負担目安/（１回） 【１割負担の場合】
要介護度１	５７０	６，２１３円	６２２円
要介護度２	６７３	７，３３５円	７３４円
要介護度３	７７７	８，４６９円	８４７円
要介護度４	８８０	９，５９２円	９６０円
要介護度５	９８４	１０，７２５円	１，０７３円

④通所介護利用料　（利用時間　　６時間以上７時間未満）

	単位/回	利用料金/1 回	自己負担目安/（１回） 【１割負担の場合】
要介護度１	５８４	６，３６５円	６３７円
要介護度２	６８９	７，５１０円	７５１円
要介護度３	７９６	８，６７６円	８６８円
要介護度４	９０１	９，８２０円	９８２円
要介護度５	１，００８	１０，９８７円	１，０９９円

⑤通所介護利用料　（利用時間　　７時間以上８時間未満）

	単位/回	利用料金/1 回	自己負担目安/（１回） 【１割負担の場合】
要介護度１	６５８	７，１７２円	７１８円
要介護度２	７７７	８，４６９円	８４７円
要介護度３	９００	９，８１０円	９８１円
要介護度４	１，０２３	１１，１５０円	１，１１５円
要介護度５	１，１４８	１２，５１３円	１，２５２円

⑥通所介護利用料　（利用時間　　８時間以上９時間未満）

	単位/回	利用料金/1 回	自己負担目安/（１回） 【１割負担の場合】
要介護度１	６６９	７，２９２円	７３０円
要介護度２	７９１	８，６２１円	８６３円
要介護度３	９１５	９，９７３円	９９８円
要介護度４	１，０４１	１１，３４６円	１，１３５円
要介護度５	１，１６８	１２，７３１円	１，２７４円

※自己負担額は、法令の定める自己負担割合による額とします。
※基本料金の計算は以下の通りです。

●通所介護の利用料金の算定

＝１回（1ヵ月の利用回数）の単位×１０．９円（切り捨て）

●個人負担額の算定

＝基本料金×法令の定める自己負担割合（切り上げ）

●基本的には上記「１回あたりの自己負担目安」に１ヵ月の利用回数を乗じた金額がご請求となりますが、小数点以下の処理の関係で、若干の誤差が生じます。
あらかじめご了承ください。

（２）加算料金

		単位/回	利用料金/1 回	自己負担目安/（１回）【１割負担の場合】
入浴介助加算（Ⅰ）		４０	４３６円	４４円
入浴介助加算（Ⅱ）		５５	５９９円	６０円
中重度者ケア体制加算		４５	４９０円	４９円
個別機能訓練加算（Ⅰ）イ		５６	６１０円	６１円
個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ		７６	８２８円	８３円
個別機能訓練加算（Ⅱ）		２０/月	２１８円	２２円
ADL 維持等加算（Ⅰ）		３０/月	３２７円	３３円
ADL 維持等加算（Ⅱ）		６０/月	６５４円	６６円
生活機能向上連携加算（Ⅰ）		１００/月	１，０９０円	１０９円
生活機能向上連携加算（Ⅱ）		２００/月	２，１８０円	２１８円
認知症加算		６０	６５４円	６６円
若年性認知症利用者受入加算		６０	６５４円	６６円
栄養改善加算(月２回限度)		２００/月	２，１８０円	２１８円
栄養アセスメント加算		５０/月	５４５円	５５円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）注		２０/月	２１８円	２２円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）注		５/月	５４円	６円
口腔機能向上加算（Ⅰ）（月２回限度）		１５０	１，６３５円	１６４円
口腔機能向上加算（Ⅱ）（月２回限度）		１６０	１，７４４円	１７５円
科学的介護推進体制加算		４０/月	４３６円	４４円
サービス提供体制強化加算	（Ⅰ）	２２	２３９円	２４円
	（Ⅱ）	１８	１９６円	２０円
	（Ⅲ）	６	６５円	７円
送迎なし減算（片道）		４７	５１２円	５２円減

※自己負担額は、法令の定める自己負担割合による額とします。
※加算料金の計算方法は基本料金の計算と同じです。
注：口腔・栄養スクリーニング加算は６か月に１回を限度。

（３）その他の加算
（２０２４年５月３１日まで）
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）　（１）（２）で算定した単位数の総数×0.059
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）　（１）（２）で算定した単位数の総数×0.043
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）　（１）（２）で算定した単位数の総数×0.023
介護職員等特定職員処遇改善加算Ⅰ　（１）（２）で算定した単位数の総数×0.012
介護職員等特定職員処遇改善加算Ⅱ　（１）（２）で算定した単位数の総数×0.01
介護職員等ベースアップ等支援加算　（１）（２）で算定した単位数の総数×0.011

感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の加算　（１）（２）で算定した単位数×0.03

（２０２４年６月１日から）
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）　（１）（２）で算定した単位数の総数×0.092
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）　（１）（２）で算定した単位数の総数×0.090
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）　（１）（２）で算定した単位数の総数×0.080
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）　（１）（２）で算定した単位数の総数×0.064

感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の加算　（１）（２）で算定した単位数×0.03

（４）その他の費用
①食　費　　１食あたり　６４０円（全額自己負担）
②その他　　上記のほか、排泄用品・プログラム材料費は自己負担です。
領収書再発行　　手数料　300 円（１枚につき）

（５）キャンセル料
ご利用者のご都合等（迎え時の体調不良含む）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。
①当日午前９時までにご連絡いただいた場合は、無料
②当日午前９時までにご連絡がない場合　６４０円(食事代)
③フラワーアレンジメント実施の２日前までにご連絡がない場合　１０００円（花代）

（６）支払方法
①毎月１５日頃に前月分の請求をいたしますので、請求月末までにお支払いください。
②お支払方法は、現金支払、または金融機関口座自動引き落としとなります。

５．サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始
①まずは、お電話等でお申し込みください。当センター職員がお伺いいたします。
②ご利用者に事業概要を説明し、契約を結びます。
③居宅サービス計画の作成依頼は、居宅介護支援事業所の介護支援専門員にご相談ください。
④ご利用者とご相談の上、居宅サービス計画に沿った通所介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。

（２）サービス利用のための留意事項
①体調確認と体調不調の場合の対応
・お迎え時に体調不良が見られた際は、サービスの提供をお断りする場合があります。
・ご利用当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービスの内容を変更また

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や緊急連絡先、または医師や歯科医師へ連絡をとらせていただき、適切な対応を致します。

②医師の意見書

ご利用にあたり、ご利用者の健康状態に適切に対応するために医師の意見書等の提出をお願いする場合があります。

③金銭・貴重品の管理

原則として、施設での金銭・貴重品・鍵のお預かりはいたしません。金銭・貴重品については、施設内で紛失された場合責任を負いかねますので、活動プログラム等で実費が必要な場合以外はご持参されませんようお願いいたします。

④政治・宗教活動

思想・信条・宗教・習慣等の相違により他人に迷惑を及ぼすことのないよう、ご配慮ください。

⑤持ち込み

生鮮品及び食べ物のお持ち込みはご遠慮ください。

（３）非常災害対策

施設は、消火設備、非常放送設備等、災害、非常時に備えて必要な設備を設けるとともに、非常災害等に対して具体的な防災計画・避難計画等をたて、職員及びご利用者が参加する訓練を定期的に実施いたします。

（４）災害時等の事業について

地震等の自然災害や感染症の発生、あるいは発生の恐れがある場合は、安全確保のためにサービスを中止、又は縮小することがあります。

（５）サービスの終了

①ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

ⅰ．サービスの終了を希望する日の７日前までに文書でお申し出ください。ただしご利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、解約することができます。

ⅱ．次の事由に該当した場合、文書で通知することにより、直ちに契約を解約することができます。

・事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
・事業者が守秘義務に反する場合
・事業者がご利用者やご家族等に対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合
・事業者が破産した場合

②事業者の都合でサービスを終了する場合

ⅰ．人員不足等やむをえない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了１ヶ月前までに文書で通知いたします。

ⅱ．次の事由に該当した場合、事業者は文章で通知することにより、即座に契約を終了させていただく場合があります。

・ご利用者が、サービス料金の支払いを９０日遅延し、お支払いを催告したにもかかわらず３０日以内にお支払いがない場合
・ご利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合
・ご利用者が入院もしくは病気等により、９０日以上にわたってサービスが利用できない状態にあることが明らかになった場合

・ご利用者やご家族等が事業者のサービス従事者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

③自動終了の場合

・ご利用者が介護保険施設に入所した場合
・ご利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
・ご利用者の要介護認定区分が、要支援と認定された場合
・ご利用者がお亡くなりになった場合

６．相談・要望・苦情等の窓口

通所介護に関する相談・要望・苦情等は、下記担当者又は窓口までお申し出下さい。

（１）当施設サービス相談窓口

・担当者　　生活相談員
・電話番号　　０３－６８６１－８７７１
・ＦＡＸ番号　　０３－５６３１－８６６０
・受付時間　　月～土（９時～１８時）

（２）社会福祉法人賛育会　苦情相談窓口

・担当　　法人事務局　総務課長
・電話番号　　０３－３６２２－７６１４
・ＦＡＸ番号　　０３－３８２９－２３０２

（３）墨田区役所

・担当　　墨田区介護保険課給付事業者指導担当
・電話番号　　０３－５６０８－６５４４

（４）東京都国民健康保険団体連合会

・電話番号　　０３－６２３８－０１７７

契約書別紙　兼　重要事項説明書の確認

年　　月　　日

■通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

〔事業者名〕　社会福祉法人　賛育会
東京清風園　高齢者在宅サービスセンター
（東京都指定　第１３７０７００５３４号）

〔所 在 地〕　東京都墨田区立花１丁目２５番１２号

〔代表者名〕社会福祉法人　賛育会　東京清風園　高齢者在宅サービスセンター代表

東京清風園施設長　　赤　荻　佐　和　　印

〔説 明 者〕　　印

■私は、本書面により、事業者から通所介護についての重要事項の説明を受けました。

ご利用者

〔住　　所〕 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〔氏　　名〕 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（代筆者：　　）

ご家族代表者

〔住　　所〕 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〔氏　　名〕 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（ご利用者本人との関係：　　）

代理人（成年後見人及び委任状による受任者）

〔住　　所〕 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〔氏　　名〕 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（ご利用者本人との関係：　　）

通所介護における個人情報使用同意書

私およびその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

１．使用する目的
①東京清風園が、介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合。
②介護保険請求事務手続きに必要な場合等、東京清風園が別紙で定める目的。

２．使用にあたっての条件
① 個人情報の提供は、１に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
② 本人及び家族が、使用を特別に禁じた事項については公開しないこと。
③ 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。
④ 東京清風園個人情報保護規定に基づき、使用した情報の開示又は使用の中止を求めた場合、それに従うこと。

３．個人情報の内容（例示）
①氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況その他一切の利用者や家族個人に関する情報。
②認定調査票（８５項目および特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）。

４．使用する期間
年　　月　　日から　　年　　月　　日まで

以上

社会福祉法人　賛育会

東京清風園　高齢者在宅サービスセンター　様

年　　月　　日

ご利用者

〈住所〉 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〈氏名〉 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＜代筆者　　＞

ご家族代表

〈住所〉 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〈氏名〉 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＜利用者本人との関係：　　＞

代理人（成年後見人及び委任状による受任者）

〈住所〉 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〈氏名〉 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＜利用者本人との関係：　　＞

送迎に関する同意書

ドア to ドアの送迎を行なえない理由

☐道が狭く送迎車が利用者宅まで入っていけないため

☐集合住宅であり所定の時間内で施設までの送迎を行なうには、ドア to ドアの送迎が困難なため

☐身体的･精神的理由のため送迎車を利用することができないため

（車酔いになる・車内での座位保持が困難･認知症等により車内での対応困難）

☐自宅から施設までの距離が概ね 300m以内で、送迎車を使用すると必要以上に時間を要するため

☐利用者が自力通所を希望されているため

☐その他　（　　）

＊対応方法

☐外出準備から引き続きバスストップまでの送迎をヘルパーに対応していただきます

☐バスストップまでの送迎をご家族に対応していただきます

☐バスストップまでの往復を利用者に対応していただきます

☐自宅から施設までの送迎をヘルパーに対応していただきます

☐自宅から施設まで自力で通所します

☐その他　（　　）

私は、上記の件についてサービス提供事業者から十分な説明を受け、同意しました。

年　　月　　日

ご利用者

〈住所〉 _____

〈氏名〉 _____ 印

＜代筆者　　＞

ご家族代表

〈住所〉 _____

〈氏名〉 _____ 印

＜利用者本人との関係：　　＞

代理人　（成年後見人及び委任状による受任者）

〈住所〉 _____

〈氏名〉 _____ 印

＜利用者本人との関係：　　＞

ご利用者の日常生活上のリスク説明書

東京清風園は、ご利用者が快適な生活を過ごされますように、安全な環境づくりに努めておりますが、ご利用者の身体状況や認知症状、疾病等による様々な原因により、下記の危険性が伴うことを充分にご理解頂きますようお願い申し上げます。職員配置は国の基準を満たしておりますが、ご利用者お一人お一人を常時見守ることは困難なことを合わせてご了承ください。

○　ご自宅より床材が硬く、広い空間の中、安全に掴まれる場所も限られています。歩行時の転倒、ベッドや車いすからの転落等による骨折・外傷、頭蓋内損傷されることがあります。

○　東京清風園では身体拘束を行わないことから、ご理解が難しい認知症の方などは、転倒・転落による事故の可能性が高くなることがあります。

○　高齢者の骨はもろく、椅子に座るなどの日常生活上での対応でも容易に骨折する恐れがあります。

○　高齢者の皮膚は薄く、着替えなどの日常生活上の介護による少しの摩擦や接触により表皮剥離が生じやすい状態にあります。

○　高齢者の血管はもろく、体が軽く当たるだけでも皮下出血する事があります。

○　加齢や認知症の症状により、水分や食物を飲み込む力が低下します。誤嚥・誤飲・窒息の可能性があります。

○　高齢者であることにより、脳や心臓の疾患により、急変される場合もあります。

○　ご本人の全身状態が急に悪化した場合、医療職等の判断で緊急で病院へ搬送することがあります。

○　ご利用者の所持品（義歯・補聴器・衣類等）について、ご本人ご使用中（職員がお預かりしていない際）の破損・紛失につきましては補償のかぎりではございません。

○　感染症に関して、研修などを通じ、出来得る限りの対策を講じておりますが、集団の場であるため、感染のリスクは高まる可能性があります。

上記の内容は一部であり、ご利用者ごとの身体・認知症等の状況及び内服薬の影響などから予測されるリスクについてはその都度説明をさせていただきます。また、これらのリスクはご自宅でも起こりうる事ですので、充分ご留意いただき、ご理解ください。

私は、上記項目について、説明を受け、理解しました。

年　　月　　日

ご利用者

〈住所〉 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〈氏名〉 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＜代筆者　　＞

ご家族代表

〈住所〉 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〈氏名〉 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＜利用者本人との関係：　　＞

代理人（成年後見人及び委任状による受任者）

〈住所〉 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

〈氏名〉 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＜利用者本人との関係：　　＞

通所介護解約届

私は、社会福祉法人賛育会　東京清風園　高齢者在宅サービスセンターと締結した通所介護「利用契約書」を　　年　　月　　日付で解約したく、規定に従って届け出ます。

社会福祉法人　賛育会
東京清風園　高齢者在宅サービスセンター　様

年　　月　　日

ご利用者

〈住所〉

〈氏名〉 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＜代筆者　　＞

ご家族代表

〈住所〉

〈氏名〉 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＜ご利用者本人との関係：　　＞

代理人（成年後見人及び委任状による受任者）

〈住所〉

〈氏名〉 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

＜ご利用者本人との関係：　　＞