

(共生型) 通所介護重要事項説明書兼契約書

< 2025年 4月 1日現在 >

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 046-200-9333 (午前8時～午後5時)

担当管理者 関屋 美子 *御不明な点は、なんでもお尋ね下さい。

2 ファミリー介護サービスの概要

(1) 提供できるサービスの種類

| | |
|---------------|---------------------------------|
| 施設名称 | ファミリー介護サービス |
| 所在地 | 神奈川県大和市南林間2-10-5 ベストライフビル 2F、3F |
| 種類 / 介護保険指定番号 | (共生型) 通所介護 / 神奈川県 1473003661 号 |
| サービスを提供する対象地域 | 大和市、座間市、海老名市、綾瀬市、相模原市南区 |

※上記地域以外の方でも御希望の方は御相談下さい。

(2) 同事業所の職員体制

| | 資格 | 常勤 | 非常勤 | 業務内容 | 計 |
|------------------------|--------------|-------------|--------|----------|------------------|
| 管理者 | 介護福祉士 | 1名(兼務) | 名 | | 1名(兼務) |
| 生活相談員 | 任用資格 | 3名(兼務) 名 | 名 名 | | 3名(兼務) 名 |
| 機能訓練指導員 | 看護師、准看護師 | 名 | 2名(兼務) | | 2名(兼務) |
| 事務職員 | | 名 | 名 | | 名 |
| 看護 介 護 職 員 | 看護師(生活介護兼務) | 名 | 1名(兼務) | | 1名(兼務) |
| | 准看護師(生活介護兼務) | 名 | 1名(兼務) | | 1名(兼務) |
| | 介護福祉士 | 名 | 名 | | 名 |
| | 1,2級、基礎研修修了者 | 2名(兼務) | 名 | 介護職員 | 2名(兼務) |
| | その他 | 2名(専従) | 3名(専従) | 調理 夜勤 | 3名(専従) 2名(専従) |
| | | | | | |

(3) 同センターの設備の概要

| | | | |
|----------|-------------|-----|------|
| 定員 | 21名 | 静養室 | 2室2床 |
| 食堂兼機能訓練室 | 2室 35.05㎡×2 | 相談室 | 2室 |
| 浴室 | 一般浴槽 | 送迎車 | 3台 |

(4) 営業日(サービス提供日) 営業時間(サービス提供時間)

| | |
|------|-------------------------------|
| 月～土 | 午前8時～午後5時(サービス提供時間9:30～16:30) |
| 日・祭日 | 午前8時～午後5時(サービス提供時間9:30～16:30) |

緊急連絡先 046-200-9333

3 サービス内容

- ① 送迎・御利用者様の身体とお住まいの状況に合わせた送迎対応をします。
- ② 食事・御利用者様の摂取形態と制限、好み等の御事情に合わせて提供し、介助します。
- ③ 入浴・御利用者様の御希望と健康状態を勘案して入浴介助します。(体調不良時は部分浴、シャワー浴、清拭等に変更して対応します。)
- ④ 機能訓練等・通所介護計画に沿い、御利用者様個々に機能訓練、口腔ケア、アクティビティー等の必要な介護を実施します。
- ⑤ 生活相談・相談員はデイサービス利用に関する相談及び助言を行います。(相談内容により担当ケアマネ、行政等と連携し対応します。)

4 料金

(1) 利用料金

通所介護利用料

| 通所介護費 (通常規模型 7時間以上8時間未満) | | 単位数 | 利用者負担額(円) | | | 説明等 |
|-----------------------------|-------------|-----------------------|-----------|-------|-------|-------|
| | | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 | |
| 基本額 | 要介護1 | 658 | 688 | 1,376 | 2,063 | |
| | 要介護2 | 777 | 812 | 1,624 | 2,436 | |
| | 要介護3 | 900 | 941 | 1,881 | 2,822 | |
| | 要介護4 | 1,023 | 1,069 | 2,138 | 3,207 | |
| | 要介護5 | 1,148 | 1,200 | 2,400 | 3,599 | |
| 加算額 | 入浴介助加算(I) | 40 | 42 | 84 | 126 | 1日につき |
| | 通所介護処遇改善加算I | (介護報酬総単位数×9.2%)×10.45 | | | | |

*一月毎の料金計算の為、実際の金額には多少の誤差が出ます。

- ③食事代(おやつ代含) 昼1食当り 300円: 自己負担
- ④通常時間を超える時間帯利用料 30分以上50分未満 100円: 自己負担
- ⑤交通費 通常の実施地域を越えた所から片道10Km未満 300円/ 片道10Km以上 500円/片道: 自己負担
- ⑥上記の他、おむつ代(150円/1ヶ)、ご利用者様の要望で通常のご利用時には提供しない者をご用意した場合の費用等は自己負担となります。(事業所が任意でご用意した物は無料です。)

*利用費用の概算

要介護 〇の方で週 〇日利用(〇回入浴)・ 〇回利用/月の場合 〇円になります。

(2) キャンセル料

お客様の御都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料が掛かります。

| | |
|--------------------------|------------------------|
| ① 利用日の前日午後5時迄に御連絡頂いた場合 | 無料 |
| ② 利用日の当日午前8時迄に御連絡頂いた場合 | 1日の利用料自己負担額(昼食代含)の50% |
| ③ 利用日の当日午前8時迄に御連絡がなかった場合 | 1日の利用料自己負担額(昼食代含)の100% |

(3) 支払方法

毎月、10日迄に前月分(未メ)の請求を送付致します。

お支払い方法は(①銀行振込・②口座振替)いずれかご選択ください。

①銀行振り込み場合は 請求月の25日迄に下記口座へお支払い下さい。

■三井住友銀行 0009：つきみ野支店 191：普通口座 6905119 口座名義：カ) ベストライフジャパン

※お振込名義はご利用者様名でお願いします。(振込手数料、お客様負担)

②口座振替ご希望場合は、ご指定の口座より20日に振替させていただきます。土日祝の場合は翌営業日

※振替開始のお手続きに1・5か月程かかりますことご了承ください。(振替手数料、無料)

【振替手続き中またやむを得ない事情の場合、現金にてお支払いいただく場合がございますことご了承ください。】

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込み下さい。当社職員がお伺い致します。

(介護予防) 通所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致します。

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と御相談下さい。

(2) サービス利用契約の終了

① お客様の御都合でサービス利用契約を終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人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頂く場合があります。

その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知し、お客様及びお客様のご家族ならびに介護支援専門員と連携の上、サービス提供先の確保に努めます。

③自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了致します。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合
- ・ お客様がお亡くなりになった場合

その他

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様、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、又は当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通告する事によって即座にサービスを終了する事が出来ます。
- ・ お客様が、サービス利用料金の支払いを1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにも関わらず14日以内に支払わない場合、お客様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、お客様が入院又は病気等により3ヶ月以上に渡りサービスが利用出来ない状態である事が明らかになった場合、又はお客様や御家族等が当施設や当施設の従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知する事により、即座に契約を終了させて頂く事があります。

6 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

ご利用者の肉体、精神両面の自立に向け、些かでも助力が出来るように常に心掛けております。

(2) サービス利用の特徴

| 事項 | 有 無 | 備考 |
|--------------|-----|-------|
| 男性介護職員の有無 | 有 | |
| 時間延長の可否 | 有 | |
| 従業員への研修の実施 | 有 | 年2回以上 |
| サービスマニュアルの作成 | 有 | |
| その他 | | |

(3) 施設利用に当たっての留意事項

- ・送迎時間の連絡：事前打合せ通りの時間に送迎致します。(変更がある場合は、利用前日迄にご相談下さい)
- ・体調確認：バイタル、運動能力等体調に異変の有る場合は、事前にお申し出下さい。
- ・体調不良等によるサービスの中止・変更：迎え時もしくはサービス利用時に体調不良が認められる場合は、ご利用の中止・変更をお願いする場合があります。
- ・食事のキャンセル：配膳した食事のキャンセルは、食事代を頂きます。
- ・時間変更：サービス時間変更のご相談は、ご利用前日迄にお願いします。
- ・設備、器具の利用：事業所の設備、機器のご利用は職員の誘導・指示に従って頂きます。

7 安全衛生等

当事業所では、サービス提供に際して以下の安全衛生対策を講じます。

- ・従業員に対して年1回の健康診断を実施し、健康状態の把握をします。
- ・食事ならびに飲料提供に対して、万全の食中毒対策を講じます。
- ・入浴介助提供に対して、万全の感染症対策を講じます。
- ・新入職員を対象に感染症対策研修を実施し、全職員を対象に年2回、衛生管理に関する研修を行います。

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等が生じた場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者等へ速やかに連絡し、必要に応じて通院又は、緊急入院措置を採ります。

| | | |
|-----|----------|--|
| 主治医 | 氏名 | |
| | 連絡先(TEL) | |
| 御家族 | 氏名 | |
| | 連絡先(TEL) | |

9 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、ご家族、行政窓口、関係医療機関等への連絡を行う等必要な処置を講じ、事故状況と処置に付いて記録し、事業者が賠償すべき事故の場合は、速やかに損害賠償を行います。

10 非常災害対策

- ・被災時の対応.....職員の誘導に従って避難して頂きます.....
- ・防災設備.....消火器・1台.....
- ・防災訓練.....2回/年実施予定.....
- ・防火管理者.....関屋 美子.....

11 サービス内容に関する相談・苦情

- ① 当事業所御利用者相談・苦情担当 管理者 関屋 美子 電話 046-200-9333
相談・苦情の内容は記録に残し、サービス提供終了後5年間保管致します。
- ② 当センター以外に、市町村の相談・苦情窓口、神奈川県国民健康保険連合会等でも受け付けています。
神奈川県国民健康保険連合会 介護苦情相談課 電話 045-329-3447 (直通)
神奈川県福祉子どもみらい局 福祉部高齢福祉課 在宅サービスグループ 電話 045-210-4840

12 法人の概要

| | |
|------------|---|
| 名称・法人種別 | 株式会社 ベストライフジャパン 介護・福祉・保育 |
| 代表者役職・氏名 | 代表取締役 松本 徳行 |
| 本部所在地・電話番号 | 神奈川県大和市南林間 2-10-5-5F 046-204-7122 |
| 施設・拠点等 | 通所介護 1ヶ所 (大和は共生型生活介護サービス) 他 2ヶ所地域密着型通所介護 指定障害児相談支援事業所 指定特定 相談支援事業所 放課後等デイサービス・児童発達支援 (多機能型) ショートステイ・重症児デイサービス 企業主導型保育事業 児童向け英会話教室 共同生活援助 生活介護 就労継続支援 B型 |

13 (契約の目的)

事業者は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、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事が出来るよう通所介護を提供し、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。

14 (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認定又は、要支援認定の有効期間満了日迄とします。
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。

15 (通所介護計画)

1. 事業者は利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえ、「居宅サービス計画」に沿って「通所介護計画」を作成し、その内容を利用者及びその家族に説明します。
2. 事業者は、この「通所介護事業計画」に従って通所介護サービスを提供します。
3. 事業者は「居宅サービス計画」ならびに「通所介護計画」をサービス提供終了後、5年間保管します。

16 (身体的拘束等の禁止)

1. 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。但し、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護する為、緊急止むを得ない場合は、この限りではありません。
2. 前項但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、利用者の心身の状況、緊急止むを得なかった理由、当該行為が必要と判断した職員及び当該行為を行った職員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。

17 (サービスの提供の記録)

1. 事業者は、通所介護の実施毎に、サービスの内容等をこの契約書と同時に交付する書式の記録票に記入し、サービスの終了時に利用者の確認を受ける事とします。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. 事業者は、サービス提供記録を作成する事とし、サービス提供終了後、5年間保管します。
3. 利用者は、事業者の営業時間内に事業所内で、第2項のサービス実施記録を閲覧出来ます。
4. 利用者は、第2項のサービス実施記録の複写物の交付を受ける事が出来ます。(実費)

18 (料金附則)

1. 利用者は、サービスの対価として第4条(1)に定める利用単位毎の料金を元に計算された月毎の合計額を支払います。
2. 事業者は、当月の料金の合計額の請求書に明細を付して翌月10日迄に利用者へ送付します。請求書送付住所は(利用者自宅宛)にして下さい。
3. 利用者は、当月の料金合計額を翌月25日迄に(銀行振込・口座振替)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時は、利用者に対し領収証を発行します。

19 (サービスの中止)

1. 利用者の都合でサービスを中止する場合は、事業者は、利用者に対して第4条(2)に定める計算方法によりキャンセル料を請求する事が出来ます。このキャンセル料は第16条の利用料金と合わせて請求します。
2. 事業者は、利用者の体調不良等の理由により、通所介護の実施が困難と判断した場合、サービスを中止する事が出来ます。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。

20 (料金の変更)

1. 事業者は、利用者に対して、1ヶ月前迄に文書で通知することにより利用料及び食費等の単価の変更(増額又は減額)を申し入れる事が出来ます。
2. 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】を作成し、契約します。
3. 利用者は、料金の変更を承諾しない場合、事業者に対し文書で通知する事により、この契約を解約する事が出来ます。

21 (個人情報使用承諾及び秘密保持)

1. 事業者及び事業者の使用する者は、利用開始前のアセスメントならびにサービス提供をする上で知り得た利用者及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。従業者の退職後も同様の扱いとします。(雇用契約にて秘密保持が担保されます)
2. 事業者は、本契約の締結をもって利用者ならびに利用者の家族から同意を得て、サービス提供上又はサービス担当者会議等において、利用者及びその家族の個人情報を用います。

22 (賠償責任)

事業者は、サービスの提供に伴って、事業者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、利用者に対してその損害を賠償します。(介護事業者賠償責任補償加入)

23 (連携)

1. 事業者は、通所介護の提供に当り、介護支援専門員及び保健医療サービス又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。
2. 事業者は、この契約書の写しを介護支援専門員に速やかに送付します。
3. 事業者は、この契約の内容が変更された場合又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5条(2)の2項又は同3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。

24 (本契約に定めのない事項)

1. 利用者及び事業者は、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上、定めます。

25 (裁判管轄)

この契約に関して止むを得ず訴訟となる場合は、利用者及び事業者は、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事を予め合意します。

【重要事項の説明・同意・署名・交付】

(共生型) 通所介護・生活介護の提供開始に当り、事業者は利用者ならびに利用者家族に対して本書面に基づいて重要事項の説明をし、利用者ならびに利用者家族は同意の上、契約内容を証する為、本書2通を作成利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

事業者 所在地 神奈川県大和市南林間 2-10-5
ベストライフビル 2F、3F
名称 (共生型) ファミリー介護サービス
(株式会社ベストライフジャパン)
代表取締役 松本 徳行

説明者 管理者 関屋 美子

利用者 住所
氏名

利用者が確認・署名出来ませんので代理人(続柄)が代わって本契約内容を確認し、署名の上、本書の交付を受け、利用者に代わって本約定の履行をします。

家族代表 住所
(代理人) 氏名