

**介護予防・日常生活支援総合事業**  
**第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）**  
**契約書別紙（兼重要事項説明書）③**  
**令和6年8月1日現在**

様 に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は、次のとおりです。

**1. 事業者（法人）の概要**

|            |                           |
|------------|---------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | 社会福祉法人 ルストホフ志木            |
| 主たる事務所の所在地 | 〒353-0004 埼玉県志木市本町2-10-50 |
| 代表者（職名・氏名） | 理事長 西川留美加                 |
| 電話番号       | 048-473-3000              |

**2. 事業所の概要**

|            |                           |       |
|------------|---------------------------|-------|
| ご利用事業所の名称  | 通所介護事業所 ブロン               |       |
| サービスの種類    | 第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）   |       |
| 事業所の所在地    | 〒353-0004 埼玉県志木市本町2-10-50 |       |
| 電話番号       | 048-473-0066              |       |
| 事業者の番号     | 1172200097                |       |
| 実施単位・利用定員  | 1単位                       | 定員43人 |
| 通常の事業の実施地域 | 志木市、朝霞市                   |       |

**3. 事業の目的と運営の方針**

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | 要支援状態又は基準該当状態にある高齢者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防通所介護相当サービスを提供することを目的とします。                           |
| 運営の方針 | 事業者は利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者が要支援状態となることの予防、要支援状態の維持若しくは改善又は要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。 |

#### 4. 提供するサービスの内容

第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

#### 5. 営業日時

|          |                              |
|----------|------------------------------|
| 営業日      | 月曜日から土曜日まで<br>ただし、年末年始を除きます。 |
| 営業時間     | 午前8時30分から午後5時30分まで           |
| サービス提供時間 | 午前10時15分から午後3時25分まで          |

#### 6. 事業所の職員体制

| 従業者の職種  | 勤務の形態・人数       |
|---------|----------------|
| 生活相談員   | 常勤 1名以上        |
| 看護職員    | 常勤 1名、非常勤 1名以上 |
| 介護職員    | 8名以上           |
| 機能訓練指導員 | 1名以上（兼務可）      |

#### 7. 管理者

事業所の管理者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

|        |        |
|--------|--------|
| 管理者の氏名 | 西川 留美加 |
|--------|--------|

#### 8. 利用料

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりです。お支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証による自己負担割合に応じた額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）の利用料・・・基本部分、加算・減算の合計の額となります。

**【基本部分：介護予防通所介護相当サービス】**

| 利用者の要介護度            | 基本利用料<br>(1月につき) | 利用者負担<br>(1割) | 利用者負担<br>(2割) | 利用者負担<br>(3割) |
|---------------------|------------------|---------------|---------------|---------------|
| 事業対象者<br>要支援1       | 18,950円          | 1,895円        | 3,790円        | 5,685円        |
| 事業対象者<br>要支援2(週1)   | 19,087円          | 1,909円        | 3,818円        | 5,727円        |
| 事業対象者<br>要支援2(週1以上) | 38,165円          | 3,817円        | 7,633円        | 11,450円       |

上記の基本利用料は、市が定める額であり、金額が改定された場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

**【加算】**

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

| 加算の種類                | 加算の要件（概要）   | 加算額                        |               |               |               |
|----------------------|---|----------------------------|---------------|---------------|---------------|
|                      |   | 基本<br>利用料                  | 利用者負担<br>(1割) | 利用者負担<br>(2割) | 利用者負担<br>(3割) |
| 若年性認知症<br>利用者受入加算    | 個別の担当者を定めた上で若年性認知症利用者へサービス提供した場合                  | 2,529円                     | 253円          | 506円          | 759円          |
| サービス提供体制<br>強化加算（I）※ | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合                           | 927円                       | 93円           | 186円          | 279円          |
|                      | 事業対象者・要支援1<br>要支援2（週1回程度）<br>事業対象者・要支援2<br>（週1回超） | 1,855円                     | 186円          | 371円          | 557円          |
| 介護職員等処遇改善<br>加算 I    | 当該加算の算定要件を満たす場合                                   | 上記基本部分と各種加算減算の<br>合計9.2%加算 |               |               |               |

上記利用者負担額には地域区分別の単価(4級地 10.54)が含まれています。

(注) ※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

◇ 今後、体制が整った場合算定される介護保険サービス

| 加算の種類       |      | 1割  | 2割  | 3割   | 算定要件  |
|-------------|------|-----|-----|------|---|
| 科学的介護推進体制加算 | 421円 | 43円 | 85円 | 127円 | 入所者の心身の状況等に関わる基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要な情報(フィードバック)を活用している場合。 |

## 【減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が減算されます。

| 減算の種類              | 減算の要件（概要）                             |                           | 減算額         |               |               |               |
|--------------------|---------------------------------------|---------------------------|-------------|---------------|---------------|---------------|
|                    |                                       |                           | 基本利用料       | 利用者負担<br>（1割） | 利用者負担<br>（2割） | 利用者負担<br>（3割） |
| 同一建物減算             | 当該減算の要件に<br>該当した場合<br>（1月につき）         | 事業対象者・要支援1<br>・要支援2（週1程度） | 3,963円      | 397円          | 793円          | 1,189円        |
|                    |                                       | 事業対象者・要支援2<br>（週1回超）      | 7,926円      | 793円          | 1,586円        | 2,378円        |
| 定員超過・<br>人員基準欠如    | 当該減算の要件に<br>該当した場合<br>（1月につき）         | 事業対象者・要支援1                | 5,291円      | 529円          | 1,058円        | 1,587円        |
|                    |                                       | 事業対象者・要支援2<br>（週1回程度）     | 5,417円      | 542円          | 1,083円        | 1,625円        |
|                    |                                       | 事業対象者・要支援2<br>（週1回超）      | 10,835円     | 1,084円        | 2,167円        | 3,251円        |
| 高齢者虐待防止措置<br>未実施減算 | 虐待の発生又はその再発を防止するための<br>措置がなされていない場合   |                           | 上記基本部分1/100 |               |               |               |
| 業務継続計画<br>未実施減算    | 業務継続計画を策定し、当該計画に従い<br>必要な措置がなされていない場合 |                           | 上記基本部分1/100 |               |               |               |

## （2）その他の費用

|         |   |
|---------|---|
| 食事の提供費用 | 食事の提供をする場合、昼食・おやつ代750円の食費をいただきます。   |
| 行事費     | 行事等に係る費用は実費をいただきます。   |
| おむつ代    | おむつ等の提供をする場合、紙おむつ120円、紙パンツ100円、尿取りパット20円をいただきます。（1枚あたり）   |
| その他     | 上記以外の日常生活において通常必要となるものに係る経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。 |

## （3）キャンセル料

第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）は、利用料が月単位の定額制のため、キャンセル料は不要ですが、利用日当日の8時30分までにご連絡がなかった場合は、昼食・おやつ代として750円を請求させていただきます。

## （4）支払い方法

上記（1）及び（2）の利用料（利用者負担分の金額）は、月末締めとし、翌月15日頃に請求いたしますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、お支払い確認後に発行させていただきます。

| 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の28日(祝休日の場合は直前の平日)に、引き落としさせていただきます。所定のお手続きが必要です。  |
| 銀行振り込み  | 請求を受けた日から2週間以内に、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。振込手数料はご利用者及び支払責任者様の負担とさせていただきます。<br>埼玉りそな銀行 志木支店 普通口座 3645883<br><small>しゃかいふくしほうじん るすとほふしき りじちよう にしかわ るみか</small><br>社会福祉法人ルストホフ志木 理事長 西川 留美加 |
| 現金払い    | 請求を受けた日から2週間以内に、現金でお支払いください。   |

## 9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

|                  |         |       |
|------------------|---------|-------|
| 利用者の<br>主治医      | 医療機関の名称 |       |
|                  | 氏名      |       |
|                  | 所在地     |       |
|                  | 電話番号    |       |
| 緊急連絡先<br>(家族等) ① | 氏名      | (続柄 ) |
|                  | 住所      |       |
|                  | 電話番号    |       |
| 緊急連絡先<br>(家族等) ② | 氏名      | (続柄 ) |
|                  | 住所      |       |
|                  | 電話番号    |       |

## 10. 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は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター(又は介護支援専門員)及び保険者等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。天変地異等不可抗力による場合を除き、賠償すべき事故が

発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。但し、当該事故の発生につき利用者側に過失がある場合は損害賠償の額を減じることができます。

当事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

|       |             |
|-------|-------------|
| 保険会社名 | 損害保険ジャパン(株) |
| 保 険 名 | 賠償責任保険      |

### 1 1. 虐待の防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 研修等を通じて、サービス従事者の人権意識の向上を図り、虐待の未然防止に努めます。
- (2) 個別支援計画を作成して、適切な支援の実施に努めます。
- (3) サービス従事者の悩みや苦勞の相談体制を整え、サービス従事者が利用者の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

### 1 2. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害行為等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられる時は、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最低限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

### 1 3. 衛生管理等

- 1) 指定通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- 2) 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- 3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - ①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底しています。
  - ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③従業員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的の実施します。

### 1 4. 業務継続計画の策定等について

- 1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- 2) 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施します。

## 15. 秘密保持と個人情報の保護について

事業者及びその従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者、利用者の家族、利用者代理人及び支払責任者の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。

## 16. 苦情相談窓口について

① サービス提供に関する苦情や相談、要望は、下記の窓口までお申し出ください。

|             |                     |                                    |
|-------------|---------------------|------------------------------------|
| 事業所の苦情・相談窓口 | 電話番号 048-473-0066   |                                    |
|             | 相談員 若林 誠            |                                    |
|             | 受付時間 9:00~17:00     |                                    |
| 苦情受付機関      | 志木市役所長寿応援課          | 電話 048-473-1111                    |
|             | 朝霞市役所               | 電話 048-463-1111                    |
|             | 埼玉県国民健康保険団体連合会      | 電話 048-824-2568                    |
|             | 埼玉県運営推進適正化委員会       | 電話 048-822-1243                    |
|             | 第三者委員 神谷 稔<br>工藤 貴宣 | 電話 048-471-2377<br>電話 048-472-8276 |

② 苦情申出に対しての手順

- 1) 苦情の受付、内容の確認・記録
- 2) 施設長・第三者委員への報告
- 3) 話し合いによる解決への努力（必要に応じて第三者委員の立会・助言の要請）
- 4) 改善・解決までの経過と結果の記録
- 5) 第三者委員への報告

## 17. サービスの利用にあたっての留意事項

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

## 18. 第三者評価の実施について

|             |  |        |                             |                             |  |  |
|-------------|--|--------|-----------------------------|-----------------------------|--|--|
| 第三者の評価の実施状況 | <input type="checkbox"/> あり            | 実施日    | 令和 年 月 日                    |                             |  |  |
|             |  | 評価期間名称 |                             |                             |  |  |
|             |  | 結果の開示  | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |  |  |
|             | <input checked="" type="checkbox"/> なし |        |                             |                             |  |  |

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 埼玉県志木市本町2-10-50  
事業者(法人)名 社会福祉法人ルストホフ志木  
代表者 理事長 西川 留美加  
説明者 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印 (自署)  
利用者との続柄 \_\_\_\_\_

支払責任者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印 (自署)  
利用者との続柄 \_\_\_\_\_