

**介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業（相当通所型サービス）
契約書別紙（兼重要事項説明書）③
令和8年6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（相当通所型サービス）
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、相当通所型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（相当通所型サービス）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 ただし、12月31日～1月3日を除きます。
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	7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（相当通所型サービス）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：相当通所型サービス】

利用者の要介護度	基本利用料 (1月につき)	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
事業対象者 要支援1	18,950円	1,895円	3,790円	5,685円
事業対象者 要支援2(週1)	19,087円	1,909円	3,818円	5,727円
事業対象者 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（1月につき）				
		基本 利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)	
若年性認知症 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	
口腔機能向上加算Ⅰ	看護職員等を1名以上配置し多職種共同して、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画を作成しその計画に基づき、看護職員等が口腔機能向上サービスを行っているとともに、定期的に記録すること。また指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。	150円	158円	316円	474円	
口腔機能向上加算Ⅱ	口腔機能向上加算Ⅰの要件を満たし、計画書の内容を厚生労働省に提出し、口腔機能向上に必要な情報を活用していること。(Ⅰ又はⅡのどちらかを算定)	160円	168円	337円	505円	
サービス提供体制 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	事業対象者・要支援1 要支援2(週1回程度)	927円	93円	186円	279円
		事業対象者・要支援2 (週1回超)	1,855円	186円	371円	557円
介護職員等処遇改善 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 合計12.0%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。

※ 口腔機能向上加算Ⅰ又はⅡは令和8年10月から算定となります。

◇ 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(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
同一建物減算	当該減算の要件に該当した場合 (1月につき)	事業対象者・要支援1 ・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 (週1回超)	7,926円	793円	1,586円	2,378円
定員超過・ 人員基準欠如	当該減算の要件に該当した場合 (1月につき)	事業対象者・要支援1	5,681円	569円	1,137円	1,705円
		事業対象者・要支援2 (週1回程度)	5,723円	573円	1,145円	1,717円
		事業対象者・要支援2 (週1回超)	11,446円	1,145円	2,290円	3,434円
高齢者虐待防止措置 未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための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 未実施減算	業務継続計画を策定し、当該計画に従い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(相当通所型サービス)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。 埼玉りそな銀行 志木支店 普通口座 3645883 <small>しゃかいふくしほうじん るすとほふしき りじちやう にしかわ るみか</small> 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。

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

11. 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) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 当該事業所従業者または、ご家族等による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを通報します。

12. 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。

13. 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、従業者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 従業者に対し、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に実施します。

14. 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) 従業者に対し、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に実施します。
- 3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

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 048-473-1395
	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 敏弘 工藤 貴宣	電話 090-2146-3528 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					

令和 年 月 日

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 _____