

## 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）

令和7年7月1日改定

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに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 恵心会                         |
| 主たる事業所の所在地 | 〒039-0122 青森県三戸郡三戸町大字斗内字和田 60 番地 1 |
| 代表者（職名・氏名） | 理事長 武士澤 勝義                         |
| 設 立 年 月 日  | 平成 5 年 4 月 9 日                     |
| 電 話 番 号    | 0179-23-4111                       |

#### 2 ご利用事業所の概要

|             |                                    |                     |
|-------------|------------------------------------|---------------------|
| ご利用事業所の名称   | デイサービスセンター鶴亀                       |                     |
| 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     | 〒039-0122 青森県三戸郡三戸町大字斗内字和田 60 番地 1 |                     |
| 電 話 番 号     | 0179-23-4113                       |                     |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成 30 年 4 月 1 日指定                  | 0 2 7 2 7 0 0 3 2 9 |
| 実施単位・利用定員   | 1 単位                               | 定員 35 人             |
| 通常の事業の実施地域  | 三戸町 南部町 田子町 岩手県二戸市                 |                     |

#### 3 事業の目的と運営の方針

|       |                                                                                                                                                      |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 要支援状態にある利用者が、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、第1号通所事業（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、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしく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、入浴、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世話及び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、1月1日から1月2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9時20分から午後4時30分まで                 |

## 6 事業所の職員体制

| 従業者の職種 | 職員数  | 従業者の職種  | 職員数  |
|--------|------|---------|------|
| 管理者    | 1名   | 機能訓練指導員 | 1名以上 |
| 生活相談員  | 1名以上 | 運転手     | 1名以上 |
| 看護職員   | 1名以上 | 環境整備    | 1名以上 |
| 介護職員   | 5名以上 |         |      |

## 7 サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の担当職員(生活相談員)及びその管理責任者(管理者)は下記のとおりです。  
サービスの利用にあたって、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。

|          |                      |
|----------|----------------------|
| 担当職員の氏名  | 生活相談員 山本育男、二又正朗、佐藤明子 |
| 管理責任者の氏名 | 管理者 原 佳毅             |

## 8 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割又は2割の額です。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】

| 利用者の<br>要介護度             | 基本利用料          | 利用者負担<br>(1割) | 利用者負担<br>(2割) |
|--------------------------|----------------|---------------|---------------|
| 事業対象者<br>要支援1<br>(週1回程度) | 17,980円(1月につき) | 1,798円        | 3,596円        |
| 事業対象者<br>要支援2<br>(週1回程度) | 17,980円(1月につき) | 1,798円        | 3,596円        |
| 事業対象者<br>要支援2<br>(週2回程度) | 36,210円(1月につき) | 3,621円        | 7,242円        |

※上記の基本利用料は厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、基本利用料も自動的に改定されます。なお、その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    |                     |               |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------|--------|---------------------|---------------|
|                            |                                                                          |            | 基本利用料  | 利用者負担<br>(1割)       | 利用者負担<br>(2割) |
| 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                                                  | 事業対象者・要支援1 | 880円   | 88円                 | 176円          |
|                            |                                                                          | 事業対象者・要支援2 | 1,760円 | 176円                | 352円          |
| サービス提供体制<br>強化加算（Ⅱ）        |                                                                          | 事業対象者・要支援1 | 720円   | 72円                 | 144円          |
|                            |                                                                          | 事業対象者・要支援2 | 1,440円 | 144円                | 288円          |
| サービス提供体制<br>強化加算（Ⅲ）        |                                                                          | 事業対象者・要支援1 | 240円   | 24円                 | 48円           |
|                            |                                                                          | 事業対象者・要支援2 | 480円   | 48円                 | 96円           |
| 科学的介護推進体制加算                | 利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出している場合等の要件を満たす場合 |            | 400円   | 40円                 | 80円           |
| 介護職員<br>処遇改善加算Ⅰ<br>*1      | 介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合                                              |            |        | 所定単位数に5.9%を乗じて算出した額 |               |
| 介護職員等ベース<br>アップ等支援加算<br>*2 | 同上                                                                       |            |        | 所定単位数に1.1%を乗じて算出した額 |               |
| 介護職員等処遇改<br>善加算（Ⅲ）<br>*3   | 同上                                                                       |            |        | 所定単位数に8%を乗じて算出した額   |               |

※\*1、\*2は令和6年5月31日までの期間において適用され、令和6年6月1日からは\*3が適用となります。

# 【減算】

事業所が送迎を行わない場合は、片道につき47円を減算します。

## （2） その他費用

|       |                                                                                              |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 延長料金  | 延長は行っておりません。                                                                                 |
| 食 費   | 食事の提供を受けた場合、1回につき580円の食費をいただきます。                                                             |
| 理 容 代 | 定期的に業者による理容を行います。実費をお支払いください。                                                                |
| おむつ代  | おむつ類の提供を受けた場合は、同等品の返却をお願いします。                                                                |
| そ の 他 | 上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、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

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、介護予防通所介護相当サービスで、利用料が月単位の定額の場合は、キャンセル料は不要とします。

| キャンセルの時期 | キャンセル料 |
|----------|--------|
| 利用予定日の前日 | 不要     |
| 利用予定日の当日 | 不要     |

### (4) 支払い方法

上記(1)から(3)の利用料(利用者負担分の金額)は、1か月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

| 支払い方法   | 支払要件等                                                                                                                                                              |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 口座引き落とし | サービスを利用した月の翌月の20日(祝休日の場合は直前の平日)に、あなたが指定する口座より引き落とします。                                                                                                              |
| 銀行振り込み  | サービスを利用した月の翌月の25日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。<br>青森みちのく銀行 三戸支店 普通預金 327297 社会福祉法人 恵心会<br>特別養護老人ホーム鶴亀荘<br>施設長 原 佳毅<br>青森みちのく銀行 三戸南部支店 普通預金 1400614 同上 |
| 現金払い    | サービスを利用した月の翌月の25日までに、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。

また、通所介護の迎えの際、利用者の安否確認ができないときは、速やかに緊急連絡先へ連絡するとともに事業所管理者に連絡し、状況に応じて警察他関係機関と連携して対応します。

|                |                              |  |
|----------------|------------------------------|--|
| 利用者の主治医        | 医療機関の名称<br>氏名<br>所在地<br>電話番号 |  |
| 緊急連絡先<br>(家族等) | 氏名(利用者との続柄)<br>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、三戸町地域包括支援センター、担当の居宅介護支援事業所等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 1 1 損害賠償

当事業所では、損保ジャパン株式会社の社会福祉施設総合損害補償『しせつの損害補償』に加入しています。施設内外における賠償・傷害事故に幅広く補償されます。

※傷害事故による保険請求はケガをされたご本人（ご本人が難しい場合はご家族）からの請求により、保険金は保険会社から直接ご本人に支払われます。所定の手続きについては当事業所でもお手伝いいたしますが、原則ご本人の手続きとなります。

## 1 2 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

|         |                   |
|---------|-------------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 0179-23-4113 |
|         | 面接場所 当事業所の相談室     |

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し出ることができます。

|        |                |                   |
|--------|----------------|-------------------|
| 苦情受付機関 | 三戸町健康推進課高齢者支援班 | 電話番号 0179-20-1153 |
|        | 青森県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 017-723-1336 |
|        | 青森県社会福祉協議会     | 電話番号 017-731-3039 |

## 1 3 サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (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いたします。
- (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、できる限り早めに三戸町地域包括支援センターや担当の居宅介護支援事業所、又は当事業所へご連絡ください。

## 1 4 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

## 1 5 身体拘束の制限

当事業所では、利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束、その他利用者の行動を制限する行為を実施しません。緊急やむを得ず身体拘束を行う場合は、ご家族に説明し同意を得て、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

## 1 6 虐待防止

当事業所では、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講じます。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催します。

- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 虐待防止のための研修を定期的 to 実施します。
- (4) 虐待防止に関する担当者を設置します。

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    青森県三戸郡三戸町大字斗内字和田 60 番地 1  
事業者（法人）名    社会福祉法人    恵心会  
代表者職・氏名    理事長    武士澤    勝義  
説明者職・氏名

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。  
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者    住所  
氏名

署名代行者（又は法定代理人）  
住所  
本人との続柄  
氏名