

No. \_\_\_\_\_

介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業  
契約書別紙(兼重要事項説明書)

(国基準相当サービス)

社会福祉法人 一石会  
デイサービスセンター 風の樹

**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)契約書別紙(兼重要事項説明書)**

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 一石会
主たる事務所の所在地	〒198-0023 東京都青梅市今井五丁目2440-141
代表者(職名・氏名)	理事長 大堀 洋一
設立年月日	昭和58年11月30日
電話番号	0428-31-3666

定款の目的に定めた事業

- (営業所数)
1. 介護老人福祉施設 (2カ所)
  2. 短期入所生活介護 (2カ所)
  3. 通所介護 (5カ所)
  4. 居宅介護支援 (3ヶ所)
  5. 訪問介護 (1ヶ所)
  6. 認知症対応型通所介護 (2ヶ所)
  7. 認知症対応型共同生活介護 (1ヶ所)
  8. 小規模多機能型居宅介護 (1ヶ所)
  9. 地域包括支援センター (1ヶ所)
  10. その他これに付随する業務

**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風の樹	
サービスの種類	第1号通所事業(介護予防通所介護相当)	
事業所の所在地	〒207-0032 東京都東大和市蔵敷三丁目873-1	
電話番号	042-561-3882	
指定年月日・事業所番号	平成17年5月1日	1374600532
実施単位・利用定員	1単位	定員40人
通常の事業の実施地域	東大和市	

### 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、介護予防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)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 ただし、年始(1月1日から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9時00分から午後5時30分まで 延長時間は、午前8時30分から午前9時00分まで 及び 午後5時00分から午後6時00分までとします。

### 6. 事業所の職員体制

職種	常勤	非常勤	計	備考
管理者	1名	0名	1名	生活相談員と兼務
生活相談員	3名	0名	3名	管理者と兼務(1名) 介護職員と兼務(2名)
看護職員	0名	5名	5名	機能訓練指導員と兼務
介護職員	0名	14名	14名	生活相談員と兼務(2名)
機能訓練指導員	0名	5名	5名	看護師と兼務

### 7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職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	生活相談員
管理責任者の氏名	管理者 橋本 鮎美

## 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号介護予防通所介護相当サービスの利用料…基本部分、加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】

利用者の要介護度	基本利用料(1回あたり)	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
要支援1	4,595円/回 (1月の中で全部で4回までのサービス)	460円	919円	1,379円
要支援2	4,711円/回 (1月の中で全部で8回までのサービス)	472円	943円	1,414円

※運動器機能向上加算…運動器の機能向上を目的として個別的に実施される機能訓練を行った場合(上記加算も含まれて算定されております。)

### 【加算:介護予防通所介護相当】

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(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)	
生活機能向上グループ活動加算	生活機能の向上に対して実施される日常生活上の支援を行った場合	1,054円	106円	211円	317円	
栄養改善加算	低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合	2,108円	211円	422円	633円	
口腔機能向上加算(Ⅰ)	口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔掃除の指導もしくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施を行った場合	1,581円	159円	317円	475円	
口腔機能向上加算(Ⅱ)		1,686円	169円	338円	506円	
一体的サービス提供加算	運動器機能向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合	5,059円	506円	1,012円	1,518円	
事業所評価加算	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	1,264円	127円	253円	380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	要支援1	927円	93円	186円	279円
		要支援2	1,855円	186円	371円	557円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	が定める基準に適合している場合	要支援1	758円	76円	152円	228円
		要支援2	1,517円	152円	304円	456円
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	が定める基準に適合している場合	要支援1	252円	26円	51円	76円
		要支援2	505円	51円	101円	152円

介護職員 等処遇改善加算Ⅰ	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	総単位数に以下の 数値を掛けた金額 (Ⅰ)0.092 (Ⅱ)0.090 (Ⅲ)0.080 (Ⅳ)0.064	左欄の1割又は2割又は3割			
介護職員 等処遇改善加算Ⅱ						
介護職員 等処遇改善加算Ⅲ						
介護職員 等処遇改善加算Ⅳ						
科学的介護推進体制加 算	ご利用者ごとの心身の状況等の基本的 な情報を厚労省に提出している場合	421円	43円	85円	127円	
高齢者虐待防止措置未 実施減算	別に厚生労 働大臣が定 める基準に 適合している 場合	要支援1	-189円	-19円	-38円	-57円
		要支援2	-379円	-38円	-76円	-114円
業務継続計画未策定減 算	適合している 場合	要支援1	-189円	-19円	-38円	-57円
		要支援2	-379円	-38円	-76円	-114円
送迎減算	事業者が送迎を行わない場合	-495円	-50円	-99円	-149円	

## (2)その他の費用

延長料金	利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを利用した場合、1時間につき527円の延長料金をいただきます。
食費等	食事の提供には1回につき750円、おやつ提供には1回につき50円いただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、1回につき100円の実費をいただきます。
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に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

利用予定日の午前8:30以降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は、利用料が月単位の定額のため、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	発生しません
利用予定日の午前8:30以降	800円(食費・おやつ代相当額)

(注)利用当日の午前8:30以前のキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

#### (4)支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ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。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、翌月の中旬までに差し上げます。

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27日(祝休日の場合は翌日以降)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします (金融機関名) 支店 普通口座
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の27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。 西武信用金庫 桜街道支店 普通口座 0171700
現金払い	サービスを利用した月の翌月の27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。

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)	氏名(利用者との続柄) 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、担当の高齢者ほっと支援センター及び東大和市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

#### 11. 苦情相談窓口

(1)サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 042-561-3882 面接場所 当事業所の相談室他
---------	-------------------------------------

(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立てることができます。

苦情受付機関	東大和市福祉部高齢介護課	電話番号 042-563-2111
	東京都国民健康保険団体連合会	電話番号 03-6238-0177

## 12. 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高齢者ほっと支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

## 13. 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。

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	東京都東大和市蔵敷三丁目873-1
事業者名	デイサービスセンター 風の樹
代表者職・氏名	管理者 橋本 鮎美 印
説明者職・氏名	生活相談員 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。  
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	印
署名代行者(又は法定代理人)	
住所	
本人との続柄	
氏名	印