



指定通所介護および介護予防・日常生活支援総合事業 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、東京都条例および介護予防・日常生活支援事業実施要綱の規定に基づき、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	株式会社 ヨウコーフォレスト相模沼田
主たる事務所の所在地	〒173-0004 東京都板橋区板橋1丁目10番14号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 伊藤 進
設立年月日	平成15年6月3日
電話番号	03-5944-2680

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 ヨウコー相模沼田 WEST
サービスの種類	通所介護、介護予防・日常生活支援総合事業
事業所の所在地	〒250-0113 神奈川県南足柄市岩原145-2
電話番号	0465-42-9910
指定年月日・事業所番号	平成31年4月1日指定 1474300603
管理者の氏名	見留 ひさみ
指定通所介護の実施地域	南足柄市、小田原市、開成町、大井町 半径10km以内を原則とする
介護予防・日常生活支援総合事業実施地域	南足柄市、小田原市

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護、要支援または事業対象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機能の維持または向上を目指し、生活の質の確保およ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、居宅サービスまたは介護予防・日常生活支援総合事業による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およびこの契約の定めに基づき、関係する区市町村や事業者、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、利用者の要介護状態等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

通所介護または介護予防・日常生活支援総合事業による通所型サービスは、事業者が設置する事業所（デイサービス ヨウコー相模沼田 WEST）に通っていただき、送迎、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談および助言、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、機能訓練および生活相談を行うことにより、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日～土曜日（祝日含む）休日：毎週日曜日、12/31～1/3（年末年始休）
営業時間	午前8時00分から午後5時00分まで
サービス提供時間	午前9時00分から午後4時05分まで

6. 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（ ）	名（ ）	管理・介護業務	1名（ ）
生活相談員	介護福祉士	2名（ ）	名（ ）	相談・介護業務	2名（ ）
	社会福祉主事	名（ ）	1名（1）		
		名（ ）	名（ ）		
機能訓練指導員	看護師	名（ ）	1名（ ）	機能訓練指導	1名（ ）
介護・ 看護職員	看護師	名（ ）	1名（ ）		1名（ ）
	介護福祉士	名（ ）	名（ ）		名（ ）
	実務者研修	1名（ ）	名（ ）		1名（ ）
	初任者研修	1名（1）	5名（ ）		5名（1）

（ ）内は男性

7. 当施設の設備の概要

定員	20名
食堂兼機能訓練室	1室
浴室	一般浴槽
静養室	1室1床
送迎車	2台

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、原則として基本利用料の1割又は2割又は3割の額です。ただし、介護保険給付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) 通所介護の利用料

【基本部分：通常規模型】

※別添 通所介護 料金表を参照ください。

- (注1) 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、これら基本利用料も自動的に改訂されます。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。
- (注2) 介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【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		加算の算定要件	加算額			
			介護 報酬額	利用者負担額		
				1 割	2 割	3 割
各 種 加 算	入浴介助加算(Ⅰ)	厚生労働省の入浴の施設基準を満たし入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合に算定 ・通所介護計画に基づき、入浴介助を行うこと ・入浴介助に関わる職員に対し、入浴介助に関する研修を行うこと	405 円/日	41 円 /日	81 円 /日	122 円 /日
	入浴介助加算(Ⅱ)	入浴介助加算(Ⅰ)の要件に加えて、①医師等が利用者の居宅を訪問し浴室での利用者の動作及び浴室の環境を評価し、②利用者の居宅の浴室の環境等を踏まえた個別の入浴計画を作成し③入浴計画に基づき個浴その他の利用者の居宅の状況に近い環境にて入浴介助を行う。	557 円/日	56 円 /日	112 円 /日	168 円 /日
	サービス提供 体制強化加算Ⅱ	当該加算の算定要件を満たす場合	182 円/日	19 円 /日	37 円 /日	55 円 /日
処遇 改善 加算	介護職員等 処遇改善加算Ⅱ	当該加算の算定要件を満たす場合※(注3)	(注4)	左記額の1割又は2割 又は3割		

(注3) 当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(注4) 基本報酬に各種加算を加えた総単位数に、事業年ごとの加算率を乗じた単位数より算定します。今年度は9.0%

法定代理受領の場合は、上記金額の 1 割又は 2 割又は 3 割（ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合等は、その負担率による）となります。

(2) 介護予防・日常生活支援総合事業における、各区独自基準サービスの利用料

※別添 区基準サービス表を参照ください。

(3) その他の費用

食 費	食事の提供を受けた場合、1回につき600円(全額自己負担)
おやつ	おやつを提供を受けた場合、1回につき100円(全額自己負担)
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、パンツタイプ 1枚150円(全額自己負担) テープ止めタイプ 1枚110円(全額自己負担) パット 1枚100円(全額自己負担)
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。レクリエーションにかかる費用は自己負担となります。

(4) 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。予防通所介護又は介護予防・日常生活支援をご利用の方については、昼食費及びおやつ代をご負担いただきます。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日 17時迄	なし
利用予定日の前日 17時以降	ご利用予定介護報酬額の1割の額

(5) 支払い方法

上記(1)から(4)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証等については、利用者負担金の支払いを受けた後、翌月に請求書とともに差し上げます。

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(祝休日の場合は直後の平日)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	原則として口座引落方式ですので、ご相談下さい
現金払い	原則として口座引落方式ですので、ご相談下さい

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、速やかに下記的主治医および家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

主治医

病院または診療所名	
医師名	
住所	
電話番号	

緊急連絡先

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

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、主治の医師、担当の介護支援専門員（または地域包括支援センター）および区市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境およ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。

12. 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 ０３－５９４４－２６８０ 担当者名 若尾 合気
---------	---------------------------------

（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	神奈川県国民健康保険団体連合会	電 話 ０５７０－０２２－１１０
	神奈川県保健福祉局次世代育成部 介護保険監査グループ	電 話 ０４５－２１０－４８２０
	南足柄市高齢介護課	電 話 ０４６５－７３－８０５７
	小田原市高齢介護課	電 話 ０４６５－３３－１８２７
	開成町福祉介護課	電 話 ０４６５－８４－０３１６
	大井町福祉課	電 話 ０４６５－８３－８０２４

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) 体調の確認は当日起床時にご確認下さい。
- (2) 風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。
- (3) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに従業者にお申し出ください。
- (4) 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。
- (5) 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介護支援専門員（または地域包括支援センター）または当事業所の担当者へご連絡ください。
- (6) 送迎については基本的におお客様の自宅から自宅までとしますが、やむを得ない状況等の場合は職員同行の上安全な場所まで移動していただきます。
- (7) 送迎時間はおお客様と相談の上、決めて参ります。出来る限りお客様の希望に沿うようにいたしますが、事情（配車、天候、事故、交通渋滞など）により異なる場合もあります。その際は予めご連絡いたします。また、お客様の都合による時間変更の際もご連絡下さい。
- (8) 下記の行為は、ハラスメントに該当する可能性があり、サービスを中止させていただくことがありますので、ご理解・ご了承ください。
 - ①暴力又は乱暴な言動、無理な要求 ・物を投げつける ・刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける ・怒鳴る、奇声、大声を発する ・対象範囲外のサービスの強要
 - ②セクシュアルハラスメント ・介護従事者の体を触る、手を握る ・腕を引っ張り抱きしめる ・ヌード写真を見せる ・性的な話し卑猥な言動をする など
 - ③その他 ・介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く ・ストーカー行為 など

1 4. 衛生管理及び通所介護従業者の健康管理等

1. 事業所は、利用者の使用する施設、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るとともに、衛生上必要な措置を講ずるものとする。
2. 事業所は、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の各号に掲げる措置を講じるものとする。
 - 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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）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、従業者に周知徹底を図る。
 - ② 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指針を整備する。
 - ③ 事業に使用する備品等は清潔に保持し、定期的な消毒を施すなど常に衛生管理に十分留意するものとする。
3. 通所介護従業者に対し感染症等に関する基礎知識の習得に努めるとともに、年1回以上の健康診断を受診させるものとする。

15. 虐待の防止

1. 事業所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ずるものとする。
2. 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る
3. 虐待防止のための指針の整備
4. 虐待を防止するための定期的な研修の実施
5. 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置 責任者 「管 理 者 見留 ひさみ」

16. 身体拘束の防止

- (1) サービスの提供に当たっては、利用者又は他の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（以下「身体拘束等」という。）と行いません。
- (2) やむを得ず身体拘束等を行う場合には、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その他必要な事項を記録するものとします。

17. 業務継続計画の策定等

1. 事業所は、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及び総合事業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（以「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
2. 事業所は、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実施するものとする。
3. 事業所は、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うものとする。

18. 提供するサービスの第三者評価について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

令和 年 月 日

説明者
氏 名

印

利用者 住所

氏名

印

本人との続柄
氏 名

印

住所

氏名

印

立会人 住所

氏名

印

通所介護 料金表

地域区分 7級地 地域単価 10.14円

通所介護費

法定代理受領の場合は下記金額の1割、2割又は3割。
(ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。)

通常規模型通所介護費		(単位数)	3時間以上4時間未満				(単位数)	4時間以上5時間未満			
			利用料					利用料			
			10割	1割負担分	2割負担分	3割負担分		10割	1割負担分	2割負担分	3割負担分
要介護1	1日につき	370	3,751円	376円	751円	1,126円	388	3,934円	394円	787円	1,181円
要介護2	1日につき	423	4,289円	429円	858円	1,287円	444	4,502円	451円	901円	1,351円
要介護3	1日につき	479	4,857円	486円	972円	1,458円	502	5,090円	509円	1,018円	1,527円
要介護4	1日につき	533	5,404円	541円	1,081円	1,622円	560	5,678円	568円	1,136円	1,704円
要介護5	1日につき	588	5,962円	597円	1,193円	1,789円	617	6,256円	626円	1,252円	1,877円

【規模区分】 通常規模型通所介護費		(単位数)	5時間以上6時間未満				(単位数)	6時間以上7時間未満			
			利用料					利用料			
			10割	1割負担分	2割負担分	3割負担分		10割	1割負担分	2割負担分	3割負担分
要介護1	1日につき	570	5,779円	578円	1,156円	1,734円	584	5,921円	593円	1,185円	1,777円
要介護2	1日につき	673	6,824円	683円	1,365円	2,048円	689	6,986円	699円	1,398円	2,096円
要介護3	1日につき	777	7,878円	788円	1,576円	2,364円	796	8,071円	808円	1,615円	2,422円
要介護4	1日につき	880	8,923円	893円	1,785円	2,677円	901	9,136円	914円	1,828円	2,741円
要介護5	1日につき	984	9,977円	998円	1,996円	2,994円	1,008	10,221円	1,023円	2,045円	3,067円

【規模区分】		(単位数)	7時間以上8時間未満			
通常規模型通所介護費			利用料			
			10割	1割負担分	2割負担分	3割負担分
要介護1	1日につき	658	6,672円	668円	1,335円	2,002円
要介護2	1日につき	777	7,878円	788円	1,576円	2,364円
要介護3	1日につき	900	9,126円	913円	1,826円	2,738円
要介護4	1日につき	1,023	10,373円	1,038円	2,075円	3,112円
要介護5	1日につき	1,148	11,640円	1,164円	2,328円	3,492円

【その他加算】

		(単位数)	利用料			
			10割	1割負担分	2割負担分	3割負担分
入浴介助加算(Ⅰ)	1日につき	+40	405円	41円	81円	122円
入浴介助加算(Ⅱ)		+55	557円	56円	112円	168円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	1日につき	+18	182円	19円	37円	55円

	1月につき(利用者ごとに、当該月の介護報酬総単位数※について算定)		
	※基本サービス費+各種加算・減算の単位数		
	加算区分	処遇改善加算の単位数	利用料(10割分)
介護職員等処遇改善加算	加算(Ⅱ)	介護報酬総単位数×9.0% ※1単位未満の端数は四捨五入	左の単位数× 1単位の単価

注1)介護職員処遇改善加算については、利用者ごとに、当該月の介護報酬総単位数について算定します。

【介護保険給付対象外サービスの利用料】

昼食代	1食 600 円
おやつ代	1食 100 円
おむつ代	パンツタイプ1枚150円 テープ止めタイプ1枚110円 パット1枚40円
その他日常生活費	利用者の希望により購入する身の回り品 : 実費 (歯ブラシ、化粧品等個人の日用品等) 利用者の希望による教養娯楽費用 : 実費 (行事やクラブ活動による材料費等)

小田原市 介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスA6 料金表

【基本報酬額】

地域単価 1単位： 10.14円

サービス区分	対象者	単位数	基本利用料 (10割) ※(注1)	利用者負担金 1割	利用者負担金 2割	利用者負担金 3割
通所型 独自サービス1	事業対象者 要支援1	月5回以上	1,798単位/月	18,231円/月	1,824円/月	3,647円/月
		月4回まで	436単位/回	4,421円	443円/回	885円/回
通所型 独自サービス2	事業対象者 要支援2	月9回以上	3,621単位/月	36,716円/月	3,672円/月	7,344円/月
		月8回まで	447単位/回	4,532円	454円/回	907円/回

(注1)上記の基本利用料は、市で定める金額です。なお、金額の改定があった場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【介護職員等処遇改善加算】

1月につき当該月の介護報酬総単位数(基本サービス費+各種加算・減算の単位数)について算定します。(下記加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。)

加算区分	加算額			
	報酬額	利用負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	基本報酬にこの加算以外の各種加算を加えた総単位数に、加算率(9.0%)を乗じた単位数より算定します。	左記額の1割又は2割又は3割		

【その他の費用】

食事	食事の提供を受けた場合、1回につき600円(全額自己負担)	
おやつ代	おやつを提供を受けた場合、1回につき100円(全額自己負担)	
おむつ代	おむつの提供を受けた場合	パンツタイプ1枚150円(全額自己負担)
		テープ止めタイプ1枚110円 パット1枚40円(全額自己負担)
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、費用をいただきます。レクリエーションにかかる費用は自己負担となります。	

【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、以下の通りキャンセル料をいただきます。予防介護通所又は介護予防・日常生活支援事業をご利用の方については、昼食費及びおやつ代をご負担いただきます。

キャンセルのお申出時間	キャンセル料
利用予定日の前日17時まで	なし
利用予定日の前日17時以降	ご利用予定介護報酬の1割の額

南足柄市 介護予防・日常生活支援総合事業 通所型サービスA6 料金表

【基本報酬額】 地域単価 1単位: 10.14円

サービス区分	対象者		単位数	基本利用料 (10割) ※(注1)	利用者負担金 1割	利用者負担金 2割	利用者負担金 3割
通所型 独自サービス1	事業対象者 要支援1	月5回以上	1,798単位/月	18,231円/月	1,824円/月	3,647円/月	5,470円/月
		月4回まで	436単位/回	4,421円	443円/回	885円/回	1,327円/回
通所型 独自サービス2	事業対象者 要支援2	月9回以上	3,621単位/月	36,716円/月	3,672円/月	7,344円/月	11,015円/月
		月8回まで	447単位/回	4,532円	454円/回	907円/回	1,360円/回

(注1)上記の基本利用料は、市で定める金額です。なお、金額の改定があった場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【介護職員等処遇改善加算】

1月につき当該月の介護報酬総単位数(基本サービス費+各種加算・減算の単位数)について算定します。(下記加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。)

加算区分	加算額			
	報酬額	利用負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	基本報酬にこの加算以外の各種加算を加えた総単位数に、加算率(9.0%)を乗じた単位数より算定します。	左記額の1割又は2割又は3割		

【その他の費用】

食事	食事の提供を受けた場合、1回につき600円(全額自己負担)	
おやつ代	おやつを提供を受けた場合、1回につき100円(全額自己負担)	
おむつ代	おむつの提供を受けた場合	パンツタイプ1枚150円(全額自己負担)
		テープ止めタイプ1枚110円 パット1枚40円(全額自己負担)
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、費用をいただきます。レクリエーションにかかる費用は自己負担となります。	

【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、以下の通りキャンセル料をいただきます。予防介護通所又は介護予防・日常生活支援事業をご利用の方については、昼食費及びおやつ代をご負担いただきます。

キャンセルのお申出時間	キャンセル料
利用予定日の前日17時まで	なし
利用予定日の前日17時以降	ご利用予定介護報酬の1割の額