

## 1. 当事業所の概要

### 事業者概要

事業者名	早稲田アクティブ株式会社
所在地	東京都新宿区早稲田鶴巻町 112 エスパス早稲田 1F
電話番号	03-3200-4165
代表者名	渡邊 篤

### 事業所

事業所名	アクティブプラザ早稲田
所在地	東京都新宿区早稲田鶴巻町 112 エスパス早稲田 1F
電話番号	03-3207-6541
事業所指定番号	1370404442
管理者名	高山 英子

### 営業時間

月～金	8:30～17:30
-----	------------

休業日 土曜日、日曜日、祝日、12月29日～1月3日。

### サービス提供時間

月～金	13:20～16:30 (3時間10分)
-----	----------------------

利用定員 18名

### 通常の事業の実施地域

新宿区、文京区

### 職員体制

生活相談員 1名以上

介護職員 2名以上

機能訓練指導員 1名以上

看護職員 1名以上

## 2. サービスに関する相談・苦情

利用者からの相談・苦情等に対する窓口を以下の通り設置し、迅速かつ適切に対応いたします。

- (1) アクティブプラザ早稲田 管理者 高山英子  
電話 03-3207-6541 (土・日・祝・年末年始を除く9時～17時)
- (2) 東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉部 相談指導課相談 窓口  
電話 03-6238-0177 (土・日・祝・年末年始を除く9時～17時)
- (3) 新宿区福祉部介護保険課給付係  
電話 03-5273-3497 (土・日・祝・年末年始を除く8時30分～17時)

### 3. サービス内容

#### (1) 送迎サービス

送迎を必要とされる利用者に対し送迎サービスを提供します。

#### (2) 機能訓練サービス

種類	内容
健康チェック	看護・介護スタッフによる健康チェックをプラザ内でのサービス提供の前後に毎回行います。 検査項目：血圧・脈拍・体温
個別機能訓練サービス等	機能訓練指導員の計画のもと集団運動及び個人の体力レベルに応じた個別運動を行います。

#### (3) 相談及び助言サービス

利用者及びその家族の日常生活における介護予防等に関する相談及び助言を行います。

#### (4) レクリエーション

### 4. 利用料金

地域密着型通所介護サービス料金表			*黄色セル：令和6年4月1日から				2024.6.1.			早稲田		
サービス内容略称 地域密着型通所介護費 (3時間以上4時間未満)	算定項目		基本単位+ 個別機能 訓練加算	介護 職員等 処遇改善 加算Ⅱ 9.0%	合計単位	地域単価 *10.9	自己負担額			月4回利用の場合		
	介護度	単位					1割	2割	3割	1割	2割	3割
地域通所介護11	要介護1	416	472	42	514	5,602	561	1121	1681	2,244	4,484	6,724
地域通所介護12	要介護2	478	534	48	582	6,343	635	1269	1903	2,540	5,076	7,612
地域通所介護13	要介護3	540	596	54	650	7,085	709	1417	2126	2,836	5,668	8,504
地域通所介護14	要介護4	600	656	59	715	7,793	780	1559	2338	3,120	6,236	9,352
地域通所介護15	要介護5	663	719	65	784	8,545	855	1709	2564	3,420	6,836	10,256
個別機能訓練加算Ⅰ 1	個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56	介護職員等 処遇改善加算Ⅱ		90/1000							
送迎減算	事業所が送迎を行わない場合	片道-47										
希望する方で必要と認められた方、月2回まで												
口腔機能向上加算Ⅰ		150		14	164	1,787	179	358	537			

※口腔機能の低下している、またはそのおそれがあると判断される方はご希望により口腔機能向上サービスを提供いたします。その場合口腔機能向上加算を1月に2回を限度として1回につき150単位が加算されます。

※送迎を行わなかった場合及び事業所と同一建物から利用する場合には減算があります。

#### (2) 料金の支払方法

・毎月月末締めとし、翌月15日前後に当月分の料金を請求いたしますので、27日までにお支払いください。

(27日が休日の場合は翌営業日) お支払い方法は、原則銀行または、郵便局引き落としとさせていただきます。

\*口座振替申込書を提出いただく時期によっては、引き落とし処理が間に合わず、料金の請求が翌月に繰り越しくなり、当月分と翌月分の利用料金を合算して引き落とし処理をさせていただきます場合がございますので、予めご了承ください。

## 5. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

契約を結んだ後、サービス提供を開始します。同時に地域密着型通所介護計画を作成し、利用者または家族に説明・同意の上、計画に従いサービスの提供をします。なお、居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

### (2) サービスの終了

#### ① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

#### ② 当事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

#### ③ 自動終了（以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

・ 利用者が介護保険施設に入所した場合

・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当〔自立〕または事業対象者、要支援と認定された場合

※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

・ 利用者が亡くなられた場合

#### ④ その他

・ 当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業者が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。

・ 利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、または利用者やご家族の方などが、当事業者や当事業者のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当事業者により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

・ 風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます

・ 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。

・ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。

・ 他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

### (3) 注意事項

・ サービスのご利用時は、多額の金銭・貴重品類は持参しないでください。また、利用者間での金銭の貸し借り物品の貸し借り等のご遠慮ください。

・ 当事業所の施設内では、政治活動・宗教活動・物品の販売などの行為は、禁止させていただきます。

・ 施設内での携帯電話のご使用はご遠慮ください。

・ 食べ物の持込はご遠慮ください。

・ 担当者等に対する贈り物や飲食等のもてなしは、お断りいたします。

## 6. 緊急時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、利用者に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

## 7. 事故発生時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、利用者に事故が発生した場合は、関係各位に連絡するとともに、賠償すべき事故の場合、当事業所は利用者に対して賠償責任を負うものとします。

## 8. 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。

## 9. 秘密保持

事業者および事業者に従事する者は、サービス提供をする上で知り得た、利用者およびその家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も継続されます。

事業者は、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は家族の同意を、あらかじめ文書で得ない限り、利用者、利用者の家族の個人情報を用いません。

令和7年 月 日

[ 説明者 ]

アクティブプラザ早稲田は利用者に対する地域密着型通所介護サービスの提供に当たり、利用者に対して本書面に基ついで上記事項を説明しました。

所 属      アクティブプラザ早稲田 \_\_\_\_\_

氏 名      \_\_\_\_\_

[ 利用者 ]

私は、本書面に基ついでアクティブプラザ早稲田から上記重要事項の説明を受け、本書面の交付を受けました。地域密着型通所介護の提供開始に同意します。

住 所      \_\_\_\_\_

氏 名      \_\_\_\_\_

[ 利用者代理人（選任した場合） ]（続柄：                  ）

住 所      \_\_\_\_\_

氏 名      \_\_\_\_\_