

重要事項説明書

料 金

①利用料（訪問介護）

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金（料金表）の『1割』または『2割』『3割』が利用者負担になります。

負担割合は市から配布される、「介護保険負担割合証」に記載されている通りになります。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

【料金表－1割負担のおおよそ1回の利用料の目安】

	20分未満	30分未満	30分～1時間	1時間～1時間30分	1時間30分以上 (30分増すごとに)
身体介護	163単位	244単位	387単位	567単位	82単位
	45分未満	45分以上			
生活介護	179単位	220単位			

＊時間帯により料金が異なります

加 算

【緊急時加算】

＊利用者やその家族からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り、ケアマネジャーが必要と認めたときに、サービス提供責任者又はその他の訪問介護員等が居宅サービス計画にならない訪問介護（身体介護）を行った場合、1回につき100単位の加算となります。

【初回加算】

＊新規に訪問介護計画を作成した場合、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行した場合、1カ月につき200単位の加算となります。

◎厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問介護事業所が、利用者に対し、指定訪問介護を行った場合には当該事業所に掲げる単位数を所定単位数に加算されます。

【介護職員処遇改善加算Ⅱ 22.4%】

＊介護保険適用の場合でも、保険料の滞納などにより、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は一旦介護保険適用外の場合の料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。

サービス提供証明書を後日 西東京 市の窓口に出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

②キャンセル料

当日キャンセルの場合下記の料金を頂く事になります。

ご利用日の前日（8時～18時）にご連絡いただけなかった場合、当日キャンセルとなり一回につき一律¥1,000 お支払い頂く事になります。（利用回数×¥1,000）

（連絡先 042-460-7051）

③交通費

当該事業所の、サービスを提供できる地域（西東京市・小平市・東久留米市・小金井市・武蔵野市）にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、訪問介護員がお訪ねするための交通費の実費が必要です。

④自費サービス

利用者が提供を受けるサービス内容は以下の通りです。

事業所は、契約で定めた内容について、利用者及び家族に説明します。

通院介助の中での待ち時間等の介護保険適用外の介助

一律1時間 2,600円 30分増すごと 1,300円

自宅―病院―自宅への交通費は全額利用者の負担となります。

⑤介護保険適用外自費サービス

一律1時間 3,000円 30分増すごと 1,500円

介護保険適用外の外出介助（交通費は全額利用者負担）

利用者宅→外出先→利用者宅

予定外な通院及び、救急搬送時の対応

利用者宅→病院→院内→家族と交代→病院→利用者宅（交通費は全額利用者負担）

介護保険適用外の家事援助

※ただし、人員不足により対応できない場合もあります。

※キャンセル料： 依頼されていた日程で当日キャンセルの場合は当日キャンセル料として1回につき一律1,000円お支払い頂く事になります。（利用回数×1,000）

（連絡先 042-460-7051）

⑥お客様相談・苦情窓口

株式会社マイズケア 担当： 新倉 泰之 電話： 042-460-7051

西東京市役所 電話： 042-464-1311

国民健康保険団体連合会 電話： 03-6238-0011

※その他当社以外に、お住まいの各市の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

お客様相談・苦情処理体制・手順

利用者・家族・その他



苦情（クレーム）相談の受け入れ（来社・電話・手紙・その他）



苦情（クレーム）相談受付・記録 担当者・管理者に報告

*損害賠償が発生しうる場合はその場で担当者へ報告



担当者及び管理者が事実確認・原因究明・対応方法を検討

利用者・家族・その他



西東京市役所 介護保険課
国民健康保険団体連合会



事業所への調査・指導・助言

※訪問介護員等 自宅に訪問中、細心の注意を払い 見守りは絶えず行っていますが、利用中の事故を完全に防ぐことが困難でありますことを あらかじめご理解下さいますようお願いいたします。

事業所概要説明書

<2024 年 3 月 18 日現在>

当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 0 4 2 - 4 6 0 - 7 0 5 1
(8 時 ~ 1 8 時まで)
ご不明な点は、何でもお尋ね下さい

株式会社マイズケアの概要

事 業 所 名 : 株式会社マイズケア
所 在 地 : 西東京市南町 2 - 1 - 1 4
介護保険指定番号 : 東京都指定
 (東京都指定 1373900362 号)
サービスを提供する地域 : 西東京市・小平市・東久留米市・小金井市・武蔵野市

同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管 理 者	介護福祉士	1 名	名	1 名
サービス提供責任者	介護福祉士	3 名	名	3 名
	介護職員基礎研修修了者	名	名	名
事 務 職 員	介護福祉士	1 名	名	1 名
ケアマネジャー	介護支援専門員・介護福祉士	2 名	名	2 名
従事者	介護福祉士	名	4 名	4 名
	I 級修了者	名	名	名
	2 級修了者	名	9 名	9 名
	介護職員基礎研修修了者	名	名	名

サービスの通常提供時間

月～日曜日	8 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0
年末年始休	1 2 月 2 9 日 ~ 1 月 3 日

本契約を証する為、契約書2通を作成し、事業者、利用者及び保護責任者の署名もしくは記名捺印の上、各1通を保有するものとします。

尚私は事業者から契約書及び重要事項説明書、会社概要の説明を受けました。

契約締結日 年 月 日

契約者氏名

事業者名： 株式会社マイズケア（東京都指定1373900362号）

住 所： 東京都西東京市南町2-1-14

代表者名： 新 倉 泰 之 印

説明者名： 印

利用者

住 所：

氏 名： 印

家族及び代理人

住 所：

氏 名： 印

契約書第10条 利用者及び家族の個人情報の取り扱いについて、(株)マイズケアが、サービス担当者会議において、居宅支援事業者、各サービス事業者、かかりつけ医、地域包括支援センター等に情報を提供することに同意します。

利用者氏名 印

家族及び代理人氏名 印