

通所介護重要事項説明書

2025年 5月 1日 現在

1.マイズケア・デイサービスセンター(以下「センター」という。)が提供するサービスについての相談窓口

TEL 042-460-7051(午前8時～午後6時)

担当:新倉 泰之

*ご不明な点は、なんでもお尋ねください。

2.当センターの概要

(1)提供できるサービスの種類と地域

種類	単独型通所介護 2単位
所在地	西東京市南町2-1-14
事業所番号	東京都指定番号 1375400403
対象地域	西東京市・武蔵野市・東久留米市・小平市

(2)同センターの職員体制

職種	資格	常勤	非常勤	合計
管理者	介護福祉士	1名	0名	1名
看護職	正看護師・准看護師	2名	0名	2名
機能訓練指導員	理学療法士・看護師等	2名	0名	2名
生活相談員	社会福祉士・介護福祉士	2名	0名	2名
事務職員	介護福祉士	1名	0名	1名
介護職員	介護福祉士	3名	2名	5名
	実務者研修修了者・1級ヘルパー	0名	0名	0名
	初任者研修修了者・2級ヘルパー	1名	2名	3名
	その他	0名	1名	1名

(3)同センターの設備の概要

定員	2単位 29名・9名		
食堂兼機能訓練室	1室	87.5㎡・41㎡	
相談室	1室	静養室	2室
浴室	3室	送迎車	4台

(4)営業時間

月～土曜日	午前8時～午後6時
定休日	日曜日
年末年始	12月29日～1月3日

3.サービス内容

通所介護計画書に沿って必要なサービスや介助等を行います。

- ①送迎:移動、移動動作の介助・送迎
- ②食事:食事の準備、食事摂取、配膳下膳の介助
- ③入浴:衣服着脱の介助・身体の清拭、洗髪、洗身
- ④機能訓練:体力や機能の低下を防ぐ訓練・日常生活動作を獲得する為の訓練
- ⑤生活相談:利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言

4.利用料

(1)通所介護

	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満
要介護1	370 単位	要介護1 388 単位	要介護1 570 単位
要介護2	423 単位	要介護2 444 単位	要介護2 673 単位
要介護3	479 単位	要介護3 502 単位	要介護3 777 単位
要介護4	533 単位	要介護4 560 単位	要介護4 880 単位
要介護5	588 単位	要介護5 617 単位	要介護5 984 単位

	6時間以上 7時間未満	7時間以上 8時間未満	8時間以上 9時間未満
要介護1	584 単位	要介護1 658 単位	要介護1 669 単位
要介護2	689 単位	要介護2 777 単位	要介護2 791 単位
要介護3	796 単位	要介護3 900 単位	要介護3 915 単位
要介護4	901 単位	要介護4 1,023 単位	要介護4 1,041 単位
要介護5	1,008 単位	要介護5 1,148 単位	要介護5 1,168 単位

個別機能訓練加算Ⅰ1	専属で機能訓練指導員がいる時に算定(配置時間の定めなし)	56単位
個別機能訓練加算Ⅰ2	サービス提供時間を通して専属で機能訓練指導員がいる時に算定	76単位
個別機能訓練加算Ⅱ	加算Ⅰに加えて計画の内容を厚生労働省に提出しフィードバックを受けている場合に算定	20単位/月
ADL維持等加算Ⅰ	日常生活動作(ADL)の維持または改善の度合いが一定の水準を超えた場合に評価	30単位/月
入浴介助加算Ⅰ	デイサービスで入浴をされた場合に算定	40単位
科学的介護推進体制加算	利用者の心身状況などをデータ収集を行い、それを活用した介護サービスを提供する為に算定	40単位/月
サービス提供体制強化加算	介護職員の勤務年数が10年以上かつ介護福祉士が25%以上を占める場合に算定	22単位
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	年度ごとに国で示された割合を利用した単位数に加算	

◎介護職員等処遇改善加算(Ⅰ):その月の利用単位数に9.2%加算させていただきます。

◎その月の合計単位数に10.68を乗じた金額の『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。

◎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。

(2) 自費をいただくもの

日常生活費やレクリエーションにかかる自費を徴収させていただきます

食材費用	700円	屋食食材費 おやつ・お茶やコーヒーなどの飲み物代等	全額自己負担になります
	100円		
リハビリパンツ・おむつ	100円/1枚	持参等がなくデイサービスで使用した際は徴収させていただきます	
パット	50円/1枚		
その他	実費		

* 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等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。その際は一度、1日当たりの利用料をお支払いいただきます。その後サービス提供証明書を発行いたしますので、証明書を西東京市介護保険課に提出すると差額の払い戻しを受けることができます。

(3) キャンセル料

お客様の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

①ご利用日の前日18:00までにご連絡を頂いた場合	無料
②ご利用日前日18:00以降、又は当日にご連絡をいただいた場合	800円

(4) 支払方法

毎月20日までに前月分の請求書をお送りし、その月の26日に指定口座から引き落としさせていただきます。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、担当の介護支援専門員にご相談ください。当事業所職員がお伺いして契約を結び、サービスの提供を開始します。また、やむを得ない事情や緊急の場合には利用開始後に契約を結ぶ事ができます。

(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下さい。

②当センターの都合でサービスを終了する場合、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・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認定区分が、非該当(自立)または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出来ます。)
- ・お亡くなりになった場合
- ・対象地域を転出した場合
- ・事業所が災害等によって営業不能になった場合

④その他

* 利用者は以下の場合、文書で通知することによってすぐに契約を終了することができます。

- ・当センター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、利用者やご家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合

- * 当センターは以下の場合、文書で通知することによって、すぐに契約を終了させていただきます。
 - ・サービスの利用料金の支払いを2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14日以内に支払われない場合
 - ・正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合
 - ・入院もしくは病気等により、2ヶ月以内にサービスを利用する見込みがない場合
 - ・利用者やご家族が当センターや従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合

6. 当センターのデイサービスの特徴等

(1) 運営方針

利用者に対し、介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限り居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を営めるように、必要な援助を行います。さらに利用者の社会的孤独感の解消及びその家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることを目指します。

(2) サービス利用のために

事項	有・無	備考
男性介護職員の有無	有	
事業所職員への研修の実施	有	

(3) サービス利用にあたっての留意事項

- ・ご利用日に来られない場合は、必ず前日までに連絡をしてください。
- ・現金、食べ物、貴重品等は、持ち込まないでください。
- ・当センターで行う体調確認により、サービスを中止、帰宅していただくことがあります。その場合は、利用の中止及びサービス提供時間を変更させていただくことがあります。
- ・当センターの設備、器具等を利用する場合は、必ずセンター従業者の立会いのもとで使用してください。

(4) サービス利用回数

- ・サービス担当者会議において利用回数を決めさせていただきます。

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に体調の変化等があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

8. 非常災害対策

- ・防災責任者：管理者
- ・防災訓練：年2回
- ・避難訓練：年2回

9. サービス内容に関する苦情

(1) 当センターご利用者相談・苦情担当

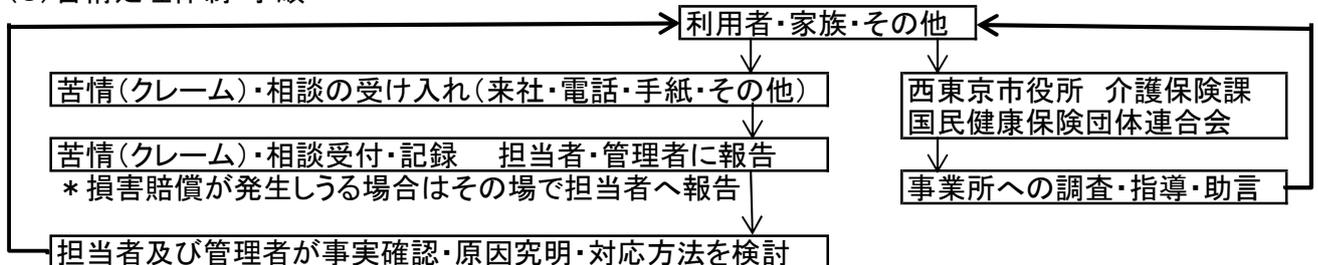
担当：新倉 泰之 TEL042-460-7051

(2) その他

当センター以外に、西東京市の窓口に相談することが出来ます。

- ① 西東京市役所 介護保険課 TEL 042-464-1311
- ② 国民健康保険団体連合会 TEL 03-6238-0011

(3) 苦情処理体制・手順



(4) 体調変化や事故等について

ご利用中は普段生活されている自宅とは生活環境が大きく変化します。利用者様によっては不安を感じて精神的に不安定になられたり体調を崩されたりする場合があります。このような事態に対し細心の注意を払っておりますがサービスの特性上、常時の見守りは不可能となります。その為利用中の事故等を完全に防ぐことが困難でありますことを、あらかじめご理解くださいますようお願いいたします。

10.写真掲載の同意

当事業所では、ご利用者・ご利用者家族・介護・福祉関係者の皆様へ下記の媒体を通して事業所の活動などについて情報発信をしております。

つきましては活動中の写真の掲載についてご同意いただけますよう、お願いいたします。

利用媒体

・施設内掲示物 ・ホームページ ・パンフレット ・施設内通信

利用情報

- ① 活動中の写真
- ② 作品の写真(氏名などは含まれない様、配慮いたします。)

写真の掲載について

同意します 同意しません

11.その他

医師の診断書については、必要に応じて提出を求めることがあります。

* 緊急連絡先

氏名	
住所	
電話番号	自宅: 携帯:
続柄	

* 主治医

病院名	
医師名	
住所	
電話番号	

契約締結日 年 月 日現在

本契約を証する為、本書2通を作成し、事業者、利用者の記名捺印の上、各1通を保有するものとします。尚、利用者は事業者から通所介護サービスについての「重要事項説明書」の説明も受けたことを証します。

事業者

所在地： 西東京市南町2-1-14
名称： マイズケア・デイサービスセンター 印
代表者： 新倉 泰之
説明者： 印

利用者

住所：
氏名： 印

家族及び代理人

住所：
氏名： (続柄) 印

契約書第10条 個人情報の取り扱いについて、株式会社マイズケアが、サービス担当者会議等において各サービス事業者・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： (続柄) 印