

(介護予防)通所介護重要事項説明書
＜ 2024年4月1日 現在 ＞

1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 042-355-8805（午前 9時～午後 6時まで）
担当 お客さまサービス課
 * ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. おもと介護多摩事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	おもと介護多摩事業所		
所在地	東京都多摩市落合3-11-2		
介護保険指定番号 ・その他のサービス	(介護予防)通所介護	(東京都 1375001672 号)	
	(介護予防)訪問介護	(東京都 1375000740 号)	
	居宅介護支援	(東京都 1375000740 号)	
サービスを提供する 地域 *	多摩市		

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	1名		事業所管理	1名
生活相談員	0名	1名	生活上の相談等	1名
機能訓練指導員	0名	3名	機能維持向上の訓練指導助言	3名
事務職員	0名	0名	経理事務その他補助	0名
介護職員	1名	0名	介護業務等	1名
運転手	0名	2名	利用者の送迎を行う	2名

(3) 営業時間

平日	10:00～17:24
土・日・祭日	休業
年末年始休業	12/29～1/3

3. サービス内容

- 生活相談 生活全般にわたる相談や援助等
- 個別機能訓練..... 日常動作訓練等個々の身体状況に合わせた機能訓練と機能回復計画の作成及び実施
- 運動器機能サービス..... 日常動作訓練等個々の身体状況に合わせた機能訓練と機能回復計画の作成及び実施
- 介護サービス リクリエーション等余暇活動
- 健康チェック 体温・血圧・脈拍等の測定

- 6 送迎 ご自宅から事業者への送迎
 7 介護相談 介護に関する不安や疑問等に専門家が回答

4. 利用料金

(1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として介護保険負担割合証記載の通りです。
 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日あたり)

	基本料金	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
要介護1	¥4,460	¥446	¥892	¥1,338
要介護2	¥5,124	¥513	¥1,025	¥1,538
要介護3	¥5,789	¥579	¥1,158	¥1,737
要介護4	¥6,432	¥644	¥1,287	¥1,930
要介護5	¥7,107	¥711	¥1,422	¥2,133

【 料金表 ― 上記基本料のほかに以下の料金が加算されますー 】

介護職員処遇改善加算	合計金額×8%	介護職員の賃金改善に充てる加算
昼食代	¥800	1食
おやつ代	¥200	1食
おむつ代	¥200	1組
区域外実費交通費	¥60	通常の実施地域を越えて1キロにつき
身の回り品	実費	歯ブラシ、化粧品等個人の日用品等
教養娯楽費用	実費	行事やクラブ活動による材料費等

(2) キャンセル料

急なキャンセルの場合、下記料金をいただきます。

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

- ・ ご利用日の前日18時までにご連絡いただいた場合 → 無料
- ・ ご利用日の前日18時までにご連絡いただけなかった場合 → ¥1100-

(4) その他

① 料金のお支払方法

毎月、20日までに前月分の請求をいたしますので、27日までにお支払いください。

お支払は、原則として自動口座引き落としとしてお願いします。ただし、これによりがたい場合は現金または振込でお願いします。

自動口座引き落としおよび振込の場合、通帳の記載や振込書を領収書とみなしますが、必要に応じて領収書も発行します。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。

契約を結び(介護予防)通所介護計画を作成し、サービスの提供を開始します。

※ 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 お客様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 当社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、サービスの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。

- ・お客様がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・当社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、お客様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、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ご利用者様が、サービス利用料金の支払を1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3日以内に支払わない場合、またはご利用者様やご家族などが当社や当社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、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。

6. 当社の(介護予防)通所介護サービスの特徴等

(1) 運営の方針

事業所の通所介護従事者は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ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又は向上を目指し、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びに家族の身体的・精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護、その他必要な援助を行う。

事業の実施にあたっては、関係区市町村、地域包括支援センター、近隣の他の保健・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努める。

(2) サービス利用のために

- ・送迎時間は予め、利用者のご要望をお聞きした上で、当事業者で決めさせていただきます。道路事情等により、送迎時間が多少前後、または変更をお願いすることもあります。
- ・多額の金銭、貴重品の持ち込みはご遠慮ください。
- ・当施設は全面禁煙となっております。
- ・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。
- ・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。
- ・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(又は地域包括支援センター)又は当事業所の担当者へご連絡ください。

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

8. サービス内容に関する苦情

① 当社お客さま相談・苦情担当

担当 お客さまサービス課 電話 042-355-8805

② その他

当社以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

多摩市健康福祉部 電話 042-338-6901
東京都国民健康保険団体連合会 電話 03-6238-0011

9. 当社の概要

名称・法人種別	株式会社萬年青介護
代表者役職・氏名	代表取締役 小菅 玲子
本社所在地	東京都多摩市落合3-11-2
本社電話番号	042-355-8805
定款の目的に定めた事業	1. 介護保険法に定める居宅介護支援事業 2. 介護保険法に定める居宅サービス事業 3. 地方公共団体から委託を受けた介護認定調査業務の請負 4. 医療に対するコンサルタント業務 5. 老人ホーム等に関するコンサルタント業務 6. ホームヘルパー等育成のための研修及び養成に関する事業 7. 医療用機器・介護機器の販売及び賃貸 8. 身体障害者福祉法に基づく居宅介護等事業、短期入所事業及び デイサービス事業 9. 知的障害者福祉法に基づく居宅介護等事業、短期入所事業、 デイサービス事業及び地域生活援助事業 10. 児童福祉法に基づく居宅介護等事業、短期入所事業及び デイサービス事業

	11. 老人ホーム等の設立運営管理
	12. 清掃、洗濯、調理、買物等家事代行
	13. 清拭、洗髪、入浴介助、排泄解除、食事介助、外出介助等 身体介護
	14. 鍼灸治療院の設立運営管理
	15. 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス事業
	16. 障害者総合支援法に基づく一般相談支援事業
	17. 障害者総合支援法に基づく特定相談支援事業
	18. 児童福祉法に基づく障害時相談支援事業
	19. 障害者支援施設の経営
	20. 介護保険法に基づく第一号事業
	21. 前各号に付帯する一切の業務
営業所数等	(介護予防)訪問介護 1ヵ所
	(介護予防)通所介護 1ヵ所
	居宅介護支援 1ヵ所

2024年4月1日

(介護予防)通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者		
所在地	東京都多摩市落合3-11-2	
名称	おもと介護多摩事業所	印
説明者	所属	おもと介護多摩事業所
	氏名	印

私は、契約書および本書面により、事業者から(介護予防)通所介護についての重要事項の説明を受けました。

利用者	住所	
	氏名	印
(代理人)	住所	
	氏名	印