

# デイセンター 西原たいそうくらぶ重要事項説明書

## 1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電話 042-452-3674（午前8時～午後5時まで）  
 担当 管理者 新井 ひとみ \* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

## 2. デイセンター 西原たいそうくらぶの概要

### (1) 提供できるサービスの種類と地域

|                     |                                                           |
|---------------------|-----------------------------------------------------------|
| 名称                  | デイセンター 西原たいそうくらぶ                                          |
| サービスの種類             | 地域密着型通所介護、介護予防通所介護、西東京市/東久留米市<br>介護予防・日常生活支援総合事業(通所型サービス) |
| 所在地                 | 東京都西東京市西原町5-5-23                                          |
| 介護保険指定番号            | 1375401252                                                |
| サービスを提供する<br>対象地域 * | 西東京市・東久留米市とする。地域密着型通所介護に関しては、原則として西東京市とする。                |

\* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

### (2) 同センターの職員体制

|         | 員数   | 勤務の体制       | 業務内容            |
|---------|------|-------------|-----------------|
| 管理者     | 1名   | 常勤、生活相談員と兼務 | 統括管理            |
| 生活相談員   | 1名以上 | 常勤、介護職員と兼務  | 援助計画書作成・相談利用調整等 |
| 介護職員    | 1名以上 |             | 日常生活の支援等        |
| 機能訓練指導員 | 1名以上 |             | 機能訓練の指導・助言等     |

### (3) 同センターの設備の概要

|       |        |     |       |
|-------|--------|-----|-------|
| 定員    | 10名    | 静養室 | 1室 1床 |
| 機能訓練室 | 1室 34㎡ | 相談室 | 1室    |
|       |        | 送迎車 | 3台    |

### (4) 営業時間

|         |                 |
|---------|-----------------|
| 月～土(祭日) | 午前8時～午後5時       |
| 休業日     | 日曜日 12月30日～1月3日 |

## 3. サービス内容

- ① 送迎 ご自宅まで伺います。
- ② 機能訓練 お一人お一人に合わせた個別メニューを作成します。
- ③ 生活相談 介護保険相談も承ります。
- ④ アクティビティサービス 季節ごとの行事を開催いたします。
- ⑤ 介護全般 等 その他、楽しく参加していただけますよう日々改善していきます。

#### 4. 料金

##### (1) 料金

##### 《地域密着型通所介護利用料》

1日あたり3時間以上4時間未満利用をした場合の額

|       | 単位数 | 1日あたりの<br>利用料金 | 1日あたりの自己負担額 |        |        |
|-------|-----|----------------|-------------|--------|--------|
|       |     |                | 1割負担の方      | 2割負担の方 | 3割負担の方 |
| 要介護度1 | 416 | ¥4,442         | ¥445        | ¥889   | ¥1,333 |
| 要介護度2 | 478 | ¥5,105         | ¥511        | ¥1,021 | ¥1,532 |
| 要介護度3 | 540 | ¥5,767         | ¥577        | ¥1,154 | ¥1,731 |
| 要介護度4 | 600 | ¥6,408         | ¥641        | ¥1,282 | ¥1,923 |
| 要介護度5 | 663 | ¥7,080         | ¥708        | ¥1,416 | ¥2,124 |

〈加算〉

| 科学的介護<br>推進体制加算 | 単位数 | 1月につき | 1割負担の方 | 2割負担の方 | 3割負担の方 |
|-----------------|-----|-------|--------|--------|--------|
|                 | 40  | ¥427  | ¥43    | ¥86    | ¥129   |

| ADL維持等加算Ⅱ | 単位数 | 1月につき | 1割負担の方 | 2割負担の方 | 3割負担の方 |
|-----------|-----|-------|--------|--------|--------|
|           | 60  | ¥640  | ¥64    | ¥128   | ¥192   |

| 送迎減算<br>(片道につき) | 単位数 | 1回につき | 1割負担の方 | 2割負担の方 | 3割負担の方 |
|-----------------|-----|-------|--------|--------|--------|
|                 | -47 | ¥-501 | ¥-51   | ¥-101  | ¥-151  |

|                |              |
|----------------|--------------|
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | 利用単位数に9.0%加算 |
|----------------|--------------|

##### 《西東京市通所型サービス利用料》

3時間未満(送迎なし)を利用した場合の額

|       | 単位数  | 1か月あたりの<br>利用料金 | 1か月あたりの自己負担額 |        |        |
|-------|------|-----------------|--------------|--------|--------|
|       |      |                 | 1割負担の方       | 2割負担の方 | 3割負担の方 |
| 週1回程度 | 1310 | ¥13,990         | ¥1,399       | ¥2,798 | ¥4,197 |
| 週2回程度 | 2644 | ¥28,237         | ¥2,824       | ¥5,648 | ¥8,472 |

3時間未満(送迎あり)を利用した場合の額

|       | 単位数  | 1か月あたりの<br>利用料金 | 1か月あたりの自己負担額 |        |         |
|-------|------|-----------------|--------------|--------|---------|
|       |      |                 | 1割負担の方       | 2割負担の方 | 3割負担の方  |
| 週1回程度 | 1657 | ¥17,696         | ¥1,770       | ¥3,540 | ¥5,309  |
| 週2回程度 | 3337 | ¥35,639         | ¥3,564       | ¥7,128 | ¥10,692 |

3時間以上(送迎なし)を利用した場合の額

|       | 単位数  | 1か月あたりの<br>利用料金 | 1か月あたりの自己負担額 |        |        |
|-------|------|-----------------|--------------|--------|--------|
|       |      |                 | 1割負担の方       | 2割負担の方 | 3割負担の方 |
| 週1回程度 | 1351 | ¥14,428         | ¥1,443       | ¥2,886 | ¥4,329 |
| 週2回程度 | 2726 | ¥29,113         | ¥2,912       | ¥5,823 | ¥8,734 |

3時間以上(送迎あり)を利用した場合の額

|       | 単位数  | 1か月あたりの<br>利用料金 | 1か月あたりの自己負担額 |        |         |
|-------|------|-----------------|--------------|--------|---------|
|       |      |                 | 1割負担の方       | 2割負担の方 | 3割負担の方  |
| 週1回程度 | 1708 | ¥18,241         | ¥1,825       | ¥3,649 | ¥5,473  |
| 週2回程度 | 3440 | ¥36,739         | ¥3,674       | ¥7,348 | ¥11,022 |

〈加算〉

| 科学的介護<br>推進体制加算 | 単位数 | 1月につき | 1割負担の方 | 2割負担の方 | 3割負担の方 |
|-----------------|-----|-------|--------|--------|--------|
|                 | 40  | ¥427  | ¥43    | ¥86    | ¥129   |

| 送迎減算<br>(片道につき) | 単位数 | 1回につき | 1割負担の方 | 2割負担の方 | 3割負担の方 |
|-----------------|-----|-------|--------|--------|--------|
|                 | -47 | ¥-501 | ¥-51   | ¥-101  | ¥-151  |

|                |              |
|----------------|--------------|
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | 利用単位数に9.0%加算 |
|----------------|--------------|

※ 日割りでのご利用の場合は、日割り単位数(59)と各加算を所定の単位数単価(10.68)で乗じたものをそれぞれの該当する負担割合で請求させていただきます。

### 《東久留米市通所型サービス(独自)利用料》

|      | 単位数  | 1か月あたりの<br>利用料金 | 1か月あたりの自己負担額 |        |        |
|------|------|-----------------|--------------|--------|--------|
|      |      |                 | 1割負担の方       | 2割負担の方 | 3割負担の方 |
| 要支援1 | 1672 | ¥17,856         | ¥1,786       | ¥3,572 | ¥5,357 |

|      | 単位数  | 1か月あたりの<br>利用料金 | 1か月あたりの自己負担額 |        |         |
|------|------|-----------------|--------------|--------|---------|
|      |      |                 | 1割負担の方       | 2割負担の方 | 3割負担の方  |
| 要支援2 | 3428 | ¥36,611         | ¥3,662       | ¥7,323 | ¥10,984 |

〈加算〉

| 科学的介護<br>推進体制加算 | 単位数 | 1月につき | 1割負担の方 | 2割負担の方 | 3割負担の方 |
|-----------------|-----|-------|--------|--------|--------|
|                 | 40  | ¥427  | ¥43    | ¥86    | ¥129   |

| 送迎減算<br>(片道につき) | 単位数 | 1回につき | 1割負担の方 | 2割負担の方 | 3割負担の方 |
|-----------------|-----|-------|--------|--------|--------|
|                 | -47 | ¥-501 | ¥-51   | ¥-101  | ¥-151  |

|                |              |
|----------------|--------------|
| 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | 利用単位数に9.0%加算 |
|----------------|--------------|

※ 日割りでのご利用の場合は、日割り単位数(119)と各加算を所定の単位数単価(10.68)で乗じたものをそれぞれの該当する負担割合で請求させていただきます。

- \* おむつ代、レクリエーション、お飲み物(嗜好品)にかかる費用等は自己負担となります。
- \* 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者に支払われない場合があります。その場合は一旦1日あたりの利用料金を頂き、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居住地の市の窓口へ提出しますと、差額の払戻しを受けることができます。
- \* 第2号被保険者の方は所得に関係なくすべての方が1割負担となっています。

### (2) キャンセル規定

お客様のご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。

#### 「午前利用の方の場合」

|                               |        |
|-------------------------------|--------|
| ① ご利用日の当日午前7時30分までにご連絡いただいた場合 | 無料     |
| ② ご利用日の当日午前7時30分までにご連絡がなかった場合 | 500円   |
| ③ ご利用日の当日にお迎えに行ったが参加されなかった場合  | 2,000円 |

#### 「午後利用の方の場合」

|                                |        |
|--------------------------------|--------|
| ① ご利用日の当日午後12時30分までにご連絡いただいた場合 | 無料     |
| ② ご利用日の当日午後12時30分までにご連絡がなかった場合 | 500円   |
| ③ ご利用日の当日にお迎えに行ったが参加されなかった場合   | 2,000円 |

### (3) 支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたします。

お支払方法は、20日に指定金融機関から口座振替にてお支払いいただきます。

## 5. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当法人職員がお伺いいたします。

契約を結び、必要なアセスメントを行った上で「地域密着型通所介護計画」「介護予防通所介護計画」を作成、計画書内容の同意後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、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お客様の要介護認定区分が、非該当(自立)となった場合
- ・お客様がお亡くなりになった場合

#### ④ その他

- ・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、お客様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。
- ・お客様が、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30日以内に支払わない場合、お客様が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、お客様が入院もしくは病気等により、3ヶ月以上にわたってサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、またはお客様やご家族などが当センターや当センター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、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

## 6. 当センターの特徴等

### (1) 運営の方針

- ・住み慣れた地域で暮らす事の大切さをほんの少しだけお手伝いさせていただき、自分の意思で行動できる幸せをいつまでも維持して頂きたいと思っています。
- ・トレーニングのできる環境を整備し、介護予防の視点に立った専門家のスタッフのもと、選択できる時間・体力に合わせた個別メニューで自分なりの目標を持って参加していただけます。

### (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    | ○  |                             |
| 時間延長の可否      | ×  |                             |
| 従業員への研修の実施   | ○  | 採用時研修を採用後2ヶ月以内<br>継続研修を年に1回 |
| サービスマニュアルの作成 | ○  | 体操手順                        |
| その他          | ○  | 防災総合訓練を年2回                  |

### (3) サービス利用に当たっての留意事項

機能訓練室等を利用する場合は、職員立会いのもとで使用していただきます。また、体調が思わしくない場合にはその旨を説明し安全指導を図ります。

## 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、事前のうちはあわせにより、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 | 主治医氏名 |  |
|     | 連絡先   |  |
| ご家族 | 氏名    |  |
|     | 連絡先   |  |

## 8. 非常災害対策

- ・防災訓練
  - ・避難訓練
  - ・通報訓練
  - ・防火責任者 …………… 管理者
- } 3つの訓練を合わせた「総合訓練」を年に2回行う。

## 9. 事故発生時の対応

- ① 事業者は、利用者に対する通所介護又は通所型サービスの提供により事故が発生した場合、法律の規定により、保険者、利用者、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ② 事故の状況及び事故に対してとった処置を記録し、その完結の日から2年間保存します。

## 10. 虐待防止に関する事項

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じるものとする。

- ① 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。)を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- ② 虐待防止のための指針を整備する。
- ③ 虐待を防止するための定期的な研修を実施する。
- ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置する。

## 11. 地域との連携等

- ① 指定地域密着型通所介護事業者は、その運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努める。
- ② 指定地域密着型通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等により構成される協議会(以下この項において「運営推進会議」という。)を設置し、おおむね6月に1回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設ける。
- ③ 指定地域密着型通所介護事業者は、前項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに当該記録を公表するものとする。

## 12. 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： 管理者 電話：042-452-3674
- ② その他
  - ・ 当センター以外に、区市町村の相談・苦情窓口及び「東京都国民健康保険団体連合会」等に苦情を伝えることができます。
  - 西東京市役所 健康福祉部高齢者支援課認定相談係 電話：042-420-2816
  - 受付時間 8時30分～17時（土・日・祝、国民の休日、年末年始を除く）

東久留米市役所 福祉保健部介護福祉課

電話：042-470-7750

受付時間 8時30分～17時（土・日・祝、国民の休日、年末年始を除く）

東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口

電話：03-6238-0177

受付時間 9時～17時（土・日・祝、国民の休日を除く）

【参考：苦情申し立ての対象】

介護サービスの質に関するものであって次の場合

- ・ 事業者、保険者（区市町村）等で取り扱う事が困難な場合
- ・ 事業所所在地と利用者の居住地の区市町村が異なり、広域に影響が及ぶ可能性がある場合
- ・ 苦情申立人が、国民連合会での苦情申立を特に希望される場合

13. 第三者評価の実施状況

|               |        |        |           |
|---------------|--------|--------|-----------|
| 第三者による評価の実施状況 | 1 あり   | 実施日    |           |
|               |        | 評価機関名称 |           |
|               |        | 結果の開示  | 1 あり 2 なし |
|               | (2) なし |        |           |

14. 当社の概要

|               |                                |
|---------------|--------------------------------|
| 名称・法人種別       | 株式会社 りらいふ                      |
| 代表者役職・氏名      | 代表取締役 田口 薫                     |
| 本部所在地・電話番号    | 東京都西東京市向台町4-13-27 042-497-5281 |
| 定款の目的に定めた事業1、 | 介護保険法に基づく居宅支援事業                |
| 2、            | 介護保険法に基づく居宅サービス事業              |
|               | イ.訪問介護                         |
|               | ロ.訪問入浴介護                       |
|               | ハ.訪問看護                         |
|               | ニ.通所介護                         |
|               | ホ.短期入所生活介護                     |
|               | ヘ.特定施設入居者生活介護                  |
|               | ト.福祉用具貸与                       |
|               | チ.特定福祉用具販売                     |
|               | リ.居宅療養管理指導                     |
| 3、            | 介護保険法に基づく地域密着型サービス事業           |
|               | イ.夜間対応型訪問介護                    |
|               | ロ.認知症対応型通所介護                   |
|               | ハ.小規模多機能型居宅介護                  |
|               | ニ.認知症対応型共同生活介護                 |
|               | ホ.地域密着型特定施設入居者生活介護             |
|               | ヘ.地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護         |
|               | ト.複合型サービス                      |
|               | チ.地域密着型通所介護                    |
|               | リ.定期巡回・随時対応型訪問介護看護             |
| 4、            | 介護保険法に基づく介護予防サービス事業            |
|               | イ.介護予防訪問介護                     |
|               | ロ.介護予防訪問入浴介護                   |
|               | ハ.介護予防訪問看護                     |
|               | ニ.介護予防通所介護                     |
|               | ホ.介護予防短期入所生活介護                 |

- ヘ.介護予防特定施設入居者生活介護
- ト.介護予防福祉用具貸与
- チ.特定介護予防福祉用具販売
- リ.介護予防居宅療養管理指導
- 5、介護保険法に基づく介護予防支援事業
- 6、介護保険法に基づく地域密着型介護予防サービス事業
  - イ.介護予防認知症対応型通所介護
  - ロ.介護予防小規模多機能型居宅介護
  - ハ.介護予防認知症対応型共同生活介護
- 7、介護保険法に基づく地域支援事業
- 8、居宅介護住宅改修事業
- 9、介護予防・日常生活支援総合事業
  - イ.介護予防・生活支援サービス事業
    - ① 訪問方サービス
    - ② 通所型サービス
    - ③ その他の生活支援サービス
    - ④ 介護予防ケアマネジメント
  - ロ.一般介護予防事業
    - ① 介護予防把握事業
    - ② 介護予防普及啓発事業
    - ③ 地域介護予防活動支援事業
    - ④ 一般介護予防事業評価事業
    - ⑤ 地域リハビリテーション活動支援事業
- 10、包括的支援事業
  - イ、地域包括支援センターの運営
  - ロ、在宅医療・介護連携の推進
  - ハ、認知症施策推進
  - ニ、生活支援サービスの体制整備
- 11、任意事業
  - イ.介護給付費適正化事業
  - ロ、家族介護支援事業
  - ハ.その他の事業
- 12、介護保険法による包括的支援事業の受託及びその他介護保険法に基づく市町村の業務の受託
- 13、有料老人ホーム、ケアハウス、都市型経費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅及び高齢者用住宅の運営
- 14、介護保険適用外での居宅介護サービス事業及び宿泊サービス事業
- 15、介護及び福祉に関する資格所得、技能習得支援のための濃く財運営ならびに通信教育事業
- 16、介護保険法に基づく介護職員初任者研修事業
- 17、介護要因、医療事務関係職員の研修、セミナー等の企画、立案及び実施
- 18、社会福祉士及び介護福祉士法に基づく介護福祉養成施設実務者研修通信課程
- 19、書籍、教材の出版、企画、製作及び販売業務
- 20、医療器具、福祉用具、介護用品及び介護機器の販売、修理ならびにレンタル
- 21、医療及び介護事業に関する商品販売戦略の立案ならびに実施に関する業務
- 22、休職及び休職管理業務
- 23、在宅高齢者への配食業務

施設・拠点等

通所介護  
 地域密着型通所介護  
 通所型サービス  
 居宅支援事業所

## 15. その他

----- 契約をする場合は以下の確認をすること -----

年 月 日

通所介護又は通所型サービス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 東京都西東京市西原町5-5-23

名称 デイセンター 西原たいそうくらぶ

説明者 氏名

私は、契約書および本書面により、事業者から通所介護又は通所型サービスについての重要事項の説明を受け同意しました。

利用者

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

(代理人)

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

(本人との続柄 : )