

まちだケアセンター 重要事項説明書

通所介護サービス

ご利用者氏名 _____ 様

社会福祉法人 福音会
(通所介護サービス事業所)
まちだケアセンター

(2026.06.01 改訂)

通所介護 重要事項説明書

〈2026年6月1日現在〉

1. 当事業所が提供するサービスの窓口

電話 042-734-8935 (午前8時00分～午後6時00分)

担当 生活相談員

※ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 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	まちだケアセンター
所在地	東京都町田市野津田町1932番地
介護保険指定番号 町田市指定番号	<ul style="list-style-type: none"> ・通所介護 (東京都 1373200516号) ・(介護予防)認知症対応型通所介護 (町田市 1393200298号) ・介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス (町田市 委託事業)
併設の事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・特別養護老人ホーム 福音の家 (東京都 1373200250号) ・軽費老人ホームA型 町田愛信園 (施設番号 東京都 006号)
サービス提供地域	町田市(原則)

※ 上記地区以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 事業所の職員体制

職種	資格	人数	業務内容
管理者		1名以上	事業全般の統括
生活相談員	介護福祉士等	1名以上	利用調整、援助計画
看護職員	看護師	1名以上	健康チェック、連絡相談
介護職員	介護福祉士等	5名以上	利用者サービスの実施
機能訓練指導員	理学療法士等	1名以上	機能訓練立案実施
事務職員		1名	会計・請求事務等

※ 上記職員はそれぞれ兼務体制があります。

(3) 事業所の設備の概要

定員	35名（通所介護）		
食堂兼機能訓練室	175.825 m ²	相談室	7.85 m ²
入浴・入浴静養室	計 75.60 m ²	静養室	8.75 m ²
送迎車	8台（リフト車、ステップ車、小型車等）		

(4) 営業日・営業時間

営業日・時間	月曜～土曜の午前8時00分～午後6時00分 （祝祭日も営業します）
定休日	日曜日及び年末年始

※ 窓口受付時間 午前8時00分～午後6時00分

※ 受付時間外および定休日は、留守番電話で対応致します。

3. 料 金

(1) 基本料の負担金（1単位＝10.72円で計算）

通所介護サービスが介護保険の適用を受ける場合、原則として下表の利用料金（基本料金・各種加算・減算）のうち、利用者ごとに定められる自己負担割合に応じた額をお支払いいただきます。ただし、介護保険の給付範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

①－1 通常規模通所介護利用料（所要時間が5～6時間の場合）

要介護認定区分	基本単位（1日）	1日の利用料
要介護1	570単位	6,110円
要介護2	673単位	7,214円
要介護3	777単位	8,329円
要介護4	880単位	9,433円
要介護5	984単位	10,548円

①－2 通常規模通所介護利用料（所要時間が6～7時間の場合）

要介護認定区分	基本単位（1日）	1日の利用料
要介護1	584 単位	6,260 円
要介護2	589 単位	6,314 円
要介護3	796 単位	8,533 円
要介護4	901 単位	9,658 円
要介護5	1,008 単位	10,805 円

①-3 通常規模通所介護利用料（所要時間が7～8 時間の場合）

要介護認定区分	基本単位（1日）	1日の利用料
要介護1	658 単位	7,053 円
要介護2	777 単位	8,329 円
要介護3	900 単位	9,648 円
要介護4	1,023 単位	10,966 円
要介護5	1,148 単位	12,306 円

②各種加算・減算

種 別	単位数	1回の利用料	備 考
入浴介助加算Ⅰ	40 単位	429 円	入浴サービス提供時。
入浴介助加算Ⅱ	55 単位	590 円	自宅環境を評価し、計画作成のもと入浴サービス提供時。
中重度者ケア体制加算	45 単位	482 円	中重度者(要介護3・4・5)の割合30%以上。看護・介護職員の加配。
個別機能訓練加算Ⅰイ	56 単位	600 円	非常勤機能訓練指導員による訓練提供。
個別機能訓練加算Ⅰロ	76 単位	814 円	常勤機能訓練指導員による訓練提供。
個別機能訓練加算Ⅱ	月20 単位	214 円	上記に加え情報を国に提出している場合
ADL 維持等加算Ⅰ	月30 単位	322 円	一定期間内に日常生活動作の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合。
ADL 維持等加算Ⅱ	月60 単位	643 円	毎月国保連に情報提供。

口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20 単位	214 円	口腔の状態を6ヶ月ごとに確認。ケアマネに報告。
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5 単位	54 円	上記に加え、その他関連加算を算定している場合。
科学的介護推進体制加算	月 40 単位	429 円	定められた情報を国に提出しフィードバックを活用。
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 単位	236 円	介護福祉士 70%以上。又は勤続 10 年以上の介護福祉士 25%以上
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18 単位	192 円	介護福祉士 50%以上。
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6 単位	64 円	介護福祉士 40%以上。又は勤続 7 年以上 30%以上。
同一建物居住者減算	-94 単位	-1,008 円	同一建物に居住している方（町田愛信園ご入居者）に対する減算
送迎非実施時の減算	片道 -47 単位	-504 円	事業所による送迎を行わなかった場合に減算
介護職員等処遇改善加算Ⅱ口	上記所定単位数（基本料金＋各種加算減算）×11.8%		

※個々の計画内容によって加算単位数は異なりますので、詳細については契約時にご説明させていただきます。

※介護保険法適用料金と適用外料金では計算方法が異なります。1回の自己負担金に回数を掛けた金額では、月合計自己負担額とは若干異なります。ご注意ください。

(4) 上記基本料以外の負担金

種 目	1回あたり自己負担金	備 考
昼食代	750円	食材料費等
喫茶代（希望者）	100円	コーヒー・紅茶・その他
趣味・生きがい活動費（希望者）	材料費代（実費）	創作活動材料費 学習教材費 等
オムツ代	原則として、利用者持参でお願いいたします。 *オムツ類は現物の交換になります。着替えは貸	

	し出しいたします。
行事費 (参加者のみ徴収)	レクリエーション施設の入場料・飲食代等必要経費は全額自己負担となります。

※ 通所介護基本料金以外の負担金につきましては、文書通知のうえ変更する場合がございます。

(5) キャンセルをする場合

※ 利用者のご都合でサービスを中止する場合のキャンセル料

①	利用日当日午前8時30分までに連絡を頂いた場合	無 料
②	利用日当日午前8時30分以降に連絡を頂いた場合	昼食代750円

(6) 健康上の理由による中止の場合

※ 体調不良の場合、サービスの提供をお断りすることがあります。当日の健康確認の結果、体調が悪い場合、サービスの内容の変更もしくは中止することがあります。その場合ご本人・ご家族にご説明の上、適切に対応します。

①	当日利用開始前の体調不良で中止となった場合	無 料
②	利用開始以降の中止	通常の利用料金、及び昼食代

※ サービスを中止した場合、同月内であれば、ご希望の日に振り替えることができます。ただし、定員数分の予約が入っている日及び送迎ができない場合には振替ができませんのでご了承ください。

4. 当事業所のデイサービスの特徴等

(1) 運営方針

まちだケアセンターは、社会福祉法人の使命と福音会の基本方針に基づき、利用者の皆様が住み慣れた地域で尊厳と生きがいを感じつつ、いつまでも安心して豊かな生活が送れるための「信頼できるパートナー」であり続けるため、「仕える心」「担う心」「感謝の心」に則って業務を遂行し、絶えず知識や技術の研鑽に励むとともに、人と人の結びつきが真に平等であることをケアの中心とします。

(2) サービス利用にあたっての留意事項

- ・センター送迎がある場合は、基本的にはドアツードアとしています。道路状況や他の利用者の心身事情などにより多少遅れることもあります。必ずお迎えに参りますので、所定の場所にてお待ちいただくようお願い致します。ご心配な場合は電話でセンターまでご確認ください。
- ・体調のすぐれないときは無理をせずにご欠席ください。
- ・サービス利用中に体調の変化がある時は、ご本人の同意並びにご家族または緊急連絡先にご連絡の上、ご利用を中断していただくことがあります。
- ・ご都合によりご利用時間や来所方法が変更になる場合は、当日の午前8時00分までにセンターまでお電話でお知らせください。ご相談に応じます。
- ・事故防止のため、職員の指示に従って送迎車両ならびにセンターの設備・器具をご利用ください。

5. 秘密保持について

- (1) 事業者および事業者の使用する者は、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も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同様です。
- (2) 事業者は、事業者の従業員が退職後、在職中に知り得た利用者または利用者の家族の秘密を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。
- (3) 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。
- (4) 事業者は、利用者の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該家族の個人情報を用いません。
- (5) その他サービス運用上の個人情報の取扱いについては、個人情報保護法に基づき、法令内容を遵守します。

6. 事故発生時の対応について

- (1) 利用者に事故が発生した場合には、速やかに区市町村、利用者の家族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際して採った処置について記録します。
- (3) もしも利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

7. 非常災害対策について

当事業所では非常災害に備えるため、消防計画を作成し避難訓練等を次のとおり行なうとともに必要な設備を備えます。

防災訓練 年 2回、 避難訓練 年 2回、 通報訓練 年 2回

8. 当事業所の内容に関する苦情について

- (1) 当事業所の苦情相談担当 電話 042-734-8935
 - 苦情受付担当者 主任 亀山 順子
 - 苦情解決責任者 所長 鹿島 まゆみ
- (2) 社会福祉法人福音会 お客様相談窓口
福音会本部 事務局 電話 042-734-0631
- (3) 町田市の苦情相談担当
町田市いきいき生活部介護保険課 電話 042-724-4366
- (4) 東京都の介護保険に関する苦情相談窓口
東京都国民健康保険団体連合会（国保連） 電話 03-6238-0011

9. 業務継続計画の策定について

感染症や災害発生時における、利用者に対する継続的なサービスの提供を実施するための業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

10. 虐待防止のための措置について

虐待の発生又はその発生を防止するため、虐待防止のための指針を整備し対策委員会を定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知

徹底を図ります。また、虐待防止のための研修を定期的実施し、これらの措置を適切に実施するための担当者を配置します。

1 1. 身体拘束等について

- (1) 利用者又はその他の利用者等の生命又は身体保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束は行いません。
- (2) やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、事前に同意を得た上で、必要最小限の範囲で行うこととします。その場合は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況及び緊急やむを得ない理由を記録します。

1 2. 感染症対策の強化について

感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を開催するとともに、その結果について従業員者に周知徹底を図ります。また、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

1 3. ハラスメント対策について

事業所は全ての職員に対して、労働契約法第5条により安全配慮義務を負っています。「事業主が職場における優越的な関係を背景とした言動に起因する問題に関して雇用管理上講ずべき措置等についての指針」（令和2年厚生労働省告示第5号）に基づき、以下の行為をカスタマーハラスメントとして取り扱うこととします。

- (1) 従業者への威圧的・暴力的言動や悪質なクレーム等の迷惑行為
- (2) 過剰また不合理な要求
 - ・ 合理的理由のない謝罪の要求
 - ・ 従業者に関する解雇等の法人内処罰の要求
 - ・ 社会通念上相当程度を超えるサービス提供の要求等
- (3) 合理的範囲を超える時間的・場所的拘束
- (4) その他ハラスメント行為等

14. 第三者による評価の実施状況

		実施した年月日	年 月 日	
実施なし	実施あり	実施した評価機関名		
		該当結果の開示状況	なし	あり

15. 福音会の事業概要

＜当法人の概要＞

名称・法人種類	社会福祉法人 福音会
代表者役職・氏名	理事長 石黒 美由紀
本部所在地	東京都町田市野津田町1932番地
	電話 042-734-0631
	Fax 042-734-0638

＜社会福祉法人福音会の事業概要＞

<p>(1) 町田地区(野津田事業所)</p> <ul style="list-style-type: none">① 特別養護老人ホーム 福音の家② 短期入所生活介護 福音の家③ 軽費老人ホームA型 町田愛信園④ まちだケアセンター⑤ 福音会本部事務局 <p>(2) 町田地区(木曾山崎事業所)</p> <ul style="list-style-type: none">① ケアセンター木曾山崎② 忠生第二高齢者支援センター③ 居宅介護支援事業所 木曾山崎④ ふくいんヘルパーステーション <p>(3) 町田地区(鶴川事業所)</p> <ul style="list-style-type: none">① グッドサポートふくいん鶴川	<p>(4) 練馬地区</p> <ul style="list-style-type: none">① 大泉学園デイサービスセンター② 大泉学園高齢者グループホームまささんの家③ 大泉学園通り地域包括支援センター
--	--

以 上

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、
下欄のとおり重要な事項を説明しました。

【事業者】 所在地 東京都町田市野津田町1932番地
 名 称 社会福祉法人 福音会
 代表者 理事長 石黒 美由紀
 センター長 鹿島 まゆみ

説明日

_____年 _____月 _____日

説明者

所 属 まちだケアセンター
所在地 東京都町田市野津田町1932番地

氏 名 _____^印

私は、契約書および本書面により、事業者から下欄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

続柄

(署名代行理由)

説明の種類	説 明 日	確 認 印
-------	-------	-------

通所介護	年 月 日	印	印