通所介護等利用契約　重要事項説明書

作成日：2026年11月3日

1. 事業者概要（全社共通）

事業者名	ミモザ株式会社
代表者名	代表取締役　清水　亨
所在地	東京都品川区南品川二丁目2番5号

2. 事業所概要

事業所の種類	指定地域密着型通所介護事業所 第1号通所事業（通所型サービス）事業所
介護保険事業所指定番号	1371105931
事業所名	ミモザ南六郷
所在地	東京都大田区南六郷2-35 南六郷二丁目団地3号棟第120号室
電話／FAX番号	（電話）03-6803-1030／（FAX）03-6803-1031
管理者氏名	菊池　昭博
事業の目的	利用者に対して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むことができるよう支援することを目的とします。
事業所の運営方針	利用者の心身の状況、希望およびその置かれている環境、他の医療保険サービスまたは福祉サービスの利用状況を把握し、その目標を設定し、計画的に行うものとします。
開設年月日	2008年1月1日
利用定員	18名
損害賠償責任保険加入先	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

3. 通常の事業の実施地域および営業時間

通常の事業の実施地域	大田区
営業日	月曜日～土曜日（ただし12/29～1/3を除きます。）
営業時間	8:30～17:30
サービス提供時間	9:30～16:30

※ 悪天候（大雪、台風など）、地震などにおいてサービス提供が困難な時は、サービス提供を中止する場合があります。

4. 職員体制（主たる職員）

職種	職員（人）		職務内容
	常勤	非常勤	
管理者 （内、生活相談員兼務） （内、（准）看護師兼務） （内、機能訓練指導員兼務） （内、介護職員兼務）	1人 （1人） （0人） （0人） （1人）		通所介護計画の作成に係る業務並びに介護従業者及び業務の管理を行う。
生活相談員 （内、（准）看護師兼務） （内、機能訓練指導員兼務） （内、介護職員兼務）	1人 （0人） （0人） （0人）	0人 （0人） （0人） （0人）	ご利用者及びその家族からの介護等に関する相談やそれに対する助言を行う。
（准）看護師	0人	2人	ご利用者の健康チェックおよび心身の

（内、機能訓練指導員兼務） （内、介護職員兼務）	（0人） （0人）	（2人） （1人）	状態の把握を行う。
機能訓練指導員 （内、介護職員兼務）	0人 （0人）	2人 （1人）	ご利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練指導・助言を行う。
介護職員	0人	4人	ご利用者の介護や入浴・排泄・食事等生活全般にかかる援助を行う。

※ 厚生労働省の定める基準を遵守し、指定地域密着型通所介護または第1号通所事業（通所型サービス）を提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

5. サービスおよび利用料等

5-1. 介護保険給付の対象となる料金

本重要事項説明書の添付書類の通りです。なお住所変更により、利用者の住所が事業所の所在する市区町村でなくなった場合は、介護保険給付サービスは利用できなくなることがあります（事前に事業所にご相談ください。）。

5-2. 介護保険給付の対象とはならない料金

本重要事項説明書の添付書類の通りです。

5-3. キャンセル

取り扱い	利用日の前営業日の営業終了時間（17時30分）までに下記の連絡先に連絡がない場合、下記のキャンセル料を徴収します。
連絡先	03-6803-1030
キャンセル料	本重要事項説明書の添付書類の通りです。

6. 利用にあたっての留意事項

① 事業所内では飲酒しないでください。
② 事業所の敷地内では喫煙を原則遠慮していただいております。
③ 所持金は、自己の責任で管理してください。
④ サービスの提供時の健康チェックの結果によっては、入浴等を中止することがあります。
⑤ 入浴室または機能訓練指導室を利用する場合は、事業所の職員立ち会いのもとで、本来の用法に従って使用してください。
⑥ 施設内での、他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
⑦ 食品の持ち込みや利用者同士の食品の交換は食品衛生上問題がありますので、禁止させて頂きます。

7. 研修

事業者は、従業者の資質向上のために研修の機会を次のとおり設けます。また業務の執行体制についても検証・整備します。

① 採用時研修　　採用後2か月以内
② 経験に応じた研修　　随時

8. 秘密保持と個人情報の保護

・ 事業者は、利用者およびその家族等（以下、「利用者等」といいます。）の秘密保持と個人情報の保護について、次の事項を遵守します。
① 業務上で知り得た利用者等に関する秘密や個人情報を、具体的な方法を定めて保護します。
② 秘密保持については、指定通所介護等利用契約書の履行中だけでなく当該契約終了後も遵守します。

・ 事業者は、法令に基づく必要な措置をとるために、以下の場合に利用者等の個人情報を関係者等に開示することがあります。
① 利用者または第三者の生命・身体・健康・財産に危険がある場合。
② 利用者のあらかじめの書面による同意がある場合。
③ その他利用者等の個人情報を開示する正当な理由がある場合。

9.提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	なし
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

10.身体拘束等の適正化
・ 事業者は、利用者に対する身体的拘束その他行動を制限する行為を行いません。ただし利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合に限り、身体拘束を行う場合があります。
・ 上記の身体拘束を行うのは、以下の3つの要件をすべて満たしている場合に限ります。
① 切迫性
利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
② 非代替性
身体的拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。
③ 一時性
身体的拘束その他の行動制限が一時的なものであること。
・ 事業者は、身体的拘束を行う場合には、その態様および時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録することとします。しかし、その場合も速やかな解除に努めるとともに、理由を利用者本人に説明し、理由および一連の経過をご家族等に報告します。
・ 事業者は、上記の取り組みを適正に行うために、年1回身体的拘束等の適正化のための研修を行います。

11.苦情相談窓口並びに苦情処理の体制及び手続き
苦情相談窓口は下記の通りとなります。事業所苦情相談窓口又は本社苦情相談窓口の担当者が苦情を受けた場合、当該苦情に関する情報収集を行い、必要に応じて関係者と協議を行います。その結果、対応策の実施が必要となった場合には、速やかに実施します。

事業所苦情相談窓口	菊池　昭博　(電話)03-6803-1030　月～土　8:30～17:30
本社苦情相談窓口	お客様相談室　(電話)03-6712-8110　9:00～17:00
外部苦情申立て機関	東京都国民健康保険団体連合会 (電話)03-6238-0177　平日9:00～17:00
	大田区役所介護保険課介護保険担当 (電話)03-5744-1258、03-5744-1655

12.緊急時における対応
・ 事業者は、サービスの提供を行っているときに利用者の症状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医および利用者の家族に連絡し、救急指定病院へ搬送する等の処置を講じます。
・ 上記の緊急事態が生じたとき、看護職員がいる場合にあっては、当該看護職員が必要に応じて臨時応急の手当てを行います。

13. 事故発生時における対応

- 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市区町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- 事業者は上記の事故の状況および事故の際にとった措置について記録します。
- 事業者は賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を行います。

重要事項説明書の添付書類

○ 介護保険の基本報酬
○ 介護保険の加算報酬
○ 介護保険の各種加算の説明
○ 保険の対象とはならない費用一覧

(以下余白)

緊急連絡先及び主治医

緊急連絡先①

氏名 _____

間柄 _____

住所 _____

電話 _____

緊急連絡先②

氏名 _____

間柄 _____

住所 _____

電話 _____

主治医

病院名 _____

主治医氏名 _____

住所 _____

電話 _____

（事業者）

当事業者は本重要事項説明書に基づいて、通所介護のサービス内容および重要事項の説明をしました。

事業所名　　ミモザ南六郷

住所　　東京都大田区南六郷2-35　南六郷二丁目団地3号棟第120号室

説明日　　＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

説明者名　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（利用者）

私は本書面の交付と説明を受け、重要事項説明書及びその添付書類の内容に同意いたします。

住所　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（署名代行者(利用者の署名を代筆した場合)）

利用者は、心身の状況等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

住所※1　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（本人との関係：　　）

※1　住所は、利用者本人と同じ場合は記入を省略できます。その場合は、住所欄に「本人と同じ」とご記入ください。

（家族の代表または利用者代理人(代理人がいる場合)）

住所※1　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（本人との関係：　　）

※1　住所は、利用者本人と同じ場合は記入を省略できます。その場合は、住所欄に「本人と同じ」とご記入ください。

介護保険の基本報酬(2024年4月1日以降)

①地域単価

地域	大田区(1級地)
地域単価	10.9円

②基本料金(日額)

7h以上8h未満

	単位数	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)	備考
要介護1	753	821 円	1,642 円	2,463 円	
要介護2	890	971 円	1,941 円	2,911 円	
要介護3	1,032	1,125 円	2,250 円	3,375 円	
要介護4	1,172	1,278 円	2,555 円	3,833 円	
要介護5	1,312	1,430 円	2,860 円	4,290 円	

6h以上7h未満

	単位数	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)	備考
要介護1	678	739 円	1,478 円	2,217 円	
要介護2	801	873 円	1,746 円	2,619 円	
要介護3	925	1,009 円	2,017 円	3,025 円	
要介護4	1,049	1,144 円	2,287 円	3,431 円	
要介護5	1,172	1,278 円	2,555 円	3,833 円	

5h以上6h未満

	単位数	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)	備考
要介護1	657	717 円	1,433 円	2,149 円	
要介護2	776	846 円	1,692 円	2,538 円	
要介護3	896	977 円	1,954 円	2,930 円	
要介護4	1,013	1,105 円	2,209 円	3,313 円	
要介護5	1,134	1,236 円	2,472 円	3,708 円	

4h以上5h未満

	単位数	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)	備考
要介護1	436	476 円	951 円	1,426 円	
要介護2	501	546 円	1,092 円	1,638 円	
要介護3	566	617 円	1,234 円	1,851 円	
要介護4	629	686 円	1,372 円	2,057 円	
要介護5	695	758 円	1,515 円	2,273 円	

3h以上4h未満

	単位数	自己負担(1割)	自己負担(2割)	自己負担(3割)	備考
要介護1	416	454 円	907 円	1,361 円	
要介護2	478	521 円	1,042 円	1,563 円	
要介護3	540	589 円	1,178 円	1,766 円	
要介護4	600	654 円	1,308 円	1,962 円	
要介護5	663	723 円	1,446 円	2,168 円	

2h以上3h未満

心身の状況その他利用者のやむを得ない事情により、長時間のサービス利用が困難である利用者に、2h以上3h未満のサービス提供を行った場合は、4h以上5h未満の単位数×70%の単位数を算定します。

※ 上記料金は、厚生労働省の報酬告示(2024年4月施行)に基づき定められた料金です。改正になった場合には当該改正に従い変更させていただきます。

※ 料金の計算過程における端数処理により、実際の請求額が上記金額と若干異なる場合があります。

【自己負担額算出方法】

地域単価×単位数＝①円（利用料金（10割）。1円未満切捨て。）

①×保険給付（9割、8割又は7割）＝②円（1円未満切捨て。）

①－②＝③円（③が各々の負担割合に応じた自己負担額）

（以下余白）

介護保険の加算報酬(2026年6月1日以降)

①地域単価

地域	大田区(1級地)
地域単価	10.9円

②各種加算

加算の名称	単位数	自己負担			備考
		(1割)	(2割)	(3割)	
入浴介助加算(I)	40	44 円	88 円	131 円	
入浴介助加算(II)	55	60 円	120 円	180 円	
中重度者ケア体制加算	45	49 円	98 円	147 円	
個別機能訓練加算(I)イ	56	61 円	122 円	183 円	
個別機能訓練加算(I)ロ	76	83 円	166 円	249 円	
個別機能訓練加算(II)	20	22 円	44 円	66 円	1月単位
若年性認知症利用者受入加算	60	66 円	131 円	197 円	
科学的介護推進体制加算	40	44 円	88 円	131 円	1月単位
同一建物減算	-94	-103 円	-205 円	-308 円	
送迎減算	-47	-52 円	-103 円	-154 円	
介護職員等処遇改善加算(II)ロ	1か月に利用したサービスの総単位数に対して加算(12.5%)				

※ 上記料金は、厚生労働省の報酬告示(2026年6月施行)に基づき定められた料金です。改正になった場合には当該改正に従い変更させていただきます。

※ 料金の計算過程における端数処理により、実際の請求額が上記金額と若干異なる場合があります。

【自己負担額算出方法】

地域単価×単位数＝①円(利用料金(10割)。1円未満切捨て。)

①×保険給付(9割、8割又は7割)＝②円(1円未満切捨て。)

①－②＝③円(③が各々の負担割合に応じた自己負担額)

(以下余白)

介護保険の各種加算の説明(2026年6月1日以降)

加算の名称	加算の説明
入浴介助加算(I)	次のいずれも満たす場合に算定する加算です。 ○入浴介助を行った場合 ○入浴介助に関する研修を行った場合
入浴介助加算(II)	入浴介助加算(Ⅰ)に加えて、機能訓練指導員等が共同して、利用者の居宅を訪問し浴室における利用者の動作及び浴室の環境を評価した医師等との連携の下で、個別の入浴計画を作成し、当該計画に基づき入浴介助を行った場合
中重度者ケア体制加算	次のいずれも満たす場合に算定する加算です。 ○人員基準に加えて、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で2以上確保 ○前年度又は前3月の要介護3～5の利用者の割合が30%以上 ○通所介護を行う時間帯を通じて専従の看護職員を1以上
個別機能訓練加算(I)イ	専従の機能訓練指導員として従事する理学療法士等を1名以上配置したうえで、機能訓練指導員等が作成した個別機能訓練計画に基づいて理学療法士等が機能訓練を適切に提供していること。当該計画は3か月に1回以上、利用者の居宅に訪問し必要に応じて見直しを行う。
個別機能訓練加算(I)ロ	個別機能訓練加算(I)イの理学療法士等の配置に加え、理学療法士等を配置し、機能訓練指導員等が作成した個別機能訓練計画に基づいて理学療法士等が機能訓練を適切に提供していること。当該計画は3か月に1回以上、利用者の居宅に訪問し必要に応じて見直しを行う。
個別機能訓練加算(II)	個別機能訓練加算(I)イ又は(I)ロに加え、個別機能訓練計画を作成若しくは変更した月又は少なくとも3月に1回、LIFEに情報提出し活用した場合
若年性認知症利用者受入加算	65歳の誕生日の前々日までの利用者に対し、個別の担当者を定めて、その者を中心にサービス提供を行った場合。
科学的介護推進体制加算	利用者ごとに利用者の心身の状況に係る基本的な情報を、利用開始月若しくは利用終了月又は少なくとも3月に1回以上、LIFEに情報提出し活用した場合(1月当たり)
同一建物減算	事業所と同一建物に居住する者、又は事業所と同一建物から通う者に対し介護を行った場合(傷病その他やむを得ない事情により送迎が必要であった場合を除く。)
送迎減算	事業所の送迎を利用しない場合(片道)
介護職員等処遇改善加算(II)ロ	職場環境の改善、賃金体系等の整備、研修の実施、資格や勤務年数等に応じた昇給の仕組みの整備、職場環境のさらなる改善及び見える化、生産性向上や協働化の取組等を通じて介護従業者の基本的な待遇改善・ベースアップ等のた

保険の対象とはならない費用一覧(2024年10月1日以降)

名称	内容	備考
食費	昼食代650円 おやつ・飲み物代50円	
キャンセル料	利用日の前営業日の営業終了時間(17時30分)までに右記の連絡先に連絡がない場合、650円(昼食代)を徴収します。	03-6803-1030
通常の事業の実施地域以外の利用者の交通費	別途、見積もり致します。	

(以下余白)