東久留米市幸町デイサービスセンター
東久留米市介護予防・生活支援サービスにおける通所事業　重要事項説明書

＜令和８年６月１日現在＞

１　通所介護サービスを提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人　三育ライフ
代表者氏名	理事長　東海林　正樹
本社所在地	東久留米市南沢５－１８－３６ 電話：０４２－４６７－１５６１　ＦＡＸ：０４２－４６７－３０４０
法人設立年月日	平成３年３月２５日

２　サービス提供を実施する事業所について

（１）事業所の概要

事業所名称	東久留米市幸町デイサービスセンター		
事業所所在地	東京都東久留米市幸町１－１９－５		
連絡先	電話：042-470-8187　FAX：042-470-8188		
介護保険指定番号	１３７４８００８２７		
管理者	一木　誠		
相談担当者	生活相談員：一木　誠　　榊　ふみ		
利用定員	３４名		
サービスを提供する対象地域	東久留米市全域		
第三者評価の実施の有無	無	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	

（２）職員の体制

従業者の職種	員数	業務内容
管理者	１名	業務の管理を一元的に行う
生活相談員	１名以上	利用申し込み及び相談業務等を行う
介護職員	５名以上	日常生活のケアなど必要な介護業務を行う
看護職	１名以上	バイタルチェック等必要な看護業務を行う
機能訓練指導員	１名以上	必要な機能訓練を行う
運転手	１名以上	送迎業務を行う

（３）センターの定員・設備等

食堂（デイルーム）	１室	静養室	１室
相談室	１室	事務室	１室
浴槽	一般浴槽	送迎車	６台

（４）営業時間

営業時間	月曜日～金曜日	８：００　～　１７：００
サービス提供時間	月曜日～金曜日	８：３０　～　１６：１０
＊休日（土曜日、日曜日、12月31日～1月３日）		

３　運営の方針

（１）居宅介護支援事業者等と連携しながら、通所介護計画等に基づいてサービスを行い、ご利用者が居宅において日常生活を営むことができるよう支援します。

（２）ご利用者やご家族へ、サービス提供方法などについて懇切丁寧に説明します。

（３）介護技術の進歩に対応し、適切な介護サービスの提供を行います。

４　提供するサービス内容

（１）通所介護計画書を作成し、計画書に基づいて、サービスを提供します。

（２）日常生活のお世話

食事の提供と介助、入浴の提供と介助、排泄介助、更衣介助、移動・移乗介助、服薬介助

（３）機能訓練

①日常生活動作を通じた訓練（食事、入浴、排泄、更衣、移動など）

②レクリエーションを通じた訓練（アクティビティプログラム・椅子体操・嚥下体操・歌唱プログラム）

③器具等を使用した訓練（セラバンド運動）

（４）健康状態の確認：体調や血圧等の確認を行います。

（５）送迎：居宅から事業所までの送迎及び条項の介助を行います。

（６）日常生活上の援助：創作活動、生活相談、健康相談

５　サービス利用に当たっての留意事項

（１）送迎時間の連絡

お約束の送迎の時間が、道路事情等により若干前後することがございます。

（２）食事の内容

食事の提供および介助が必要なご利用者に対して介助を行います。また嚥下困難なご利用者のためのきざみ食等の提供を行います。

（３）レクリエーション趣味活動の内容

ご利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた活動を行います。またご利用者の選択に基づき、趣味･趣向に応じた創作活動等の場を提供します。

（４）その他

ご利用時、多額の金銭や貴重品はご持参なさらぬようお願い致します。又、ご利用者間の金銭の貸し借り、物品の貸し借り、食べ物のやりとりは、ご遠慮ください。更に、施設内での政治活動、宗教活動、物品の販売等の行為は、厳禁いたします。尚、ご利用者及びそのご家族からの心づけは、堅くお断りいたします。

（５）通所介護従業者の禁止行為

通所介護従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

①医療行為（ただし看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）

②ご利用者またはご家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり

③ご利用者またはご家族からの金銭、物品、飲食の授受

④その他ご利用者またはご家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

6　料金

（1）利用料金

介護報酬単位に地域区分単位 10.68(3 級地)を適用し、小数点以下を切り捨てした金額になります。

〇提供するサービスの利用料、利用負担額

	単位数	地域区分単位	1ヶ月の利用料	介護保険適用時 1割負担の自己負担額	介護保険適用時 2割負担の自己負担額	介護保険適用時 3割負担の自己負担額
東久留米市総合事業型予防通所介護１ 要支援１	1798	10.68	¥19,202	¥1,921	¥3,841	¥5,761
東久留米市総合事業型予防通所介護２ 要支援２	3621	10.68	¥38,672	¥3,868	¥7,735	¥11,602
サービス提供体制強化加算Ⅰ（要支援１）	88	10.68	¥939	¥94	¥188	¥282
サービス提供体制強化加算Ⅰ（要支援２）	176	10.68	¥1,879	¥188	¥376	¥564

① 総計の介護報酬単位に１２.０パーセント相当の介護職員処遇改善加算Ⅰ（ロ）が加わります。

② 昼食代は１食あたり ¥700 です。

③ その他、おむつ代、医療用品、趣味・作業活動、レクリエーション等、個別にかかる費用等は自己負担となります。

④ 償還払いの場合には、一旦ご利用者が介護報酬額全額を支払い、その後領収書を添付して市区町村に請求をすると、還付が得られます。

（2）キャンセル規定

ご利用者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必要です。

① ご利用日の前営業日午後５時までにご連絡いただいた場合	無　料
② 前営業日午後５時以降のご連絡および、当日のご連絡とご連絡がなかった場合	昼食代

＊ご利用日の前日が日曜日または休前日の場合は　法人本部　電話 042-467-1561 にご連絡ください。

（3）利用料金の支払方法

毎月、20 日までに前月分の請求をいたしますので、翌月 26 日以内にお支払いください。

お支払いいただきますと、領収書を発行します。お支払い方法は、口座振替です。

7　サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

ご利用前に担当の介護支援専門員とご相談ください。「居宅サービス計画書」作成後、当事業所と契約を結び、「通所介護計画書」を作成しサービス提供を開始します。なおサービスに先立って介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

（2）サービスの終了

①ご利用者の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週間前までに文書又は口頭でお申し出下さい。

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、事業者からの通知により、ただちにこの契約を解約することができます。

・ご利用者が病院に長期入院又は介護保険施設に長期入所した場合（およそ２ヶ月以上）
・ご利用者が特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、または認知症対応型共同生活介護を受けることになった場合
・介護給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合および、要支援と認定された場合は再契約となります。
・ご利用者がお亡くなりになった場合や被保険者資格を喪失した場合

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、ご利用者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、または当社が倒産した場合、ご利用者は文書で解約を通知することによってすぐにサービスを終了することができます。
・ご利用者やご家族、代理人等が、サービス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関わらず 20 日以内に支払われない場合

（3）健康上の理由による中止

ご利用中に病気等で体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治の医師または歯科医師に連絡を取る等必要な措置を講じます。

8　緊急時の対応について

サービス提供中に、ご利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、ご利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

〇緊急時の連絡先

緊急連絡先	氏　　名	
	住　　所	
	電話番号	
	続　　柄	
主治医	医療機関名	
	医師氏名	
	電話番号	

９　身体拘束について

身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、ご利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、ご利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

緊急性：直ちに身体拘束を行わなければ、ご利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。

非代替性：身体拘束以外に、ご利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。

一時性：ご利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

１０　虐待の防止について

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じます。

（１）虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に開催するとともに、その結果について、従事者に十分に周知します。

（２）虐待の防止のための指針を整備します。

（３）従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。

（４）上記措置を適切に実施するための担当者を置きます。

１１　非常災害時の対応及び業務継続計画（BCP）の策定

（１）非常災害時の対応

①風水災害等の対応について

（ⅰ）サービス提供中に避難準備情報の警報レベル３（高齢者等避難）が発令された際には、施設内で待機、もしくは近隣の避難所に避難をします。

（ⅱ）避難準備情報の解除が確認され次第、ご利用者の送迎を行います。ただし送迎ルートやご利用者の自宅周辺が水災害の危険地域に当たる場合は、施設内待機とします。

（ⅲ）前日の気象予報で警報レベル３の災害発生の可能性が高い時には、ご連絡の上、臨時休業とさせていただきます。

（ⅳ）その他、降雪により、安全な送迎が難しいと判断される場合は、ご連絡の上、臨時休業とさせていただきます。

②大規模地震発生時の対応

（ⅰ）サービス提供中に大規模な地震が発生した際には、サービスを中止し、当施設に留まるか、避難場所（東久留米総合高校）へ避難します。

（ⅱ）電話連絡が可能な場合、当施設から、ご家族や担当の介護支援専門員へ連絡をします。電話連絡が難しい場合は、当施設にお問い合わせをお願いします。

（ⅲ）ご利用者の送迎中に大規模地震が発生した際には、送迎を中断し、当施設に戻るか、最寄りの避難所（東久留米市の指定緊急避難場所）に避難します。その後の災害状況によって指定避難所に移動することもあります。ご連絡することが難しいと思いますので、当施設にお問い合わせをお願いします。

（ⅳ）震災状況によっては、ご自宅までの送迎が難しいことも想定されます。ご家族による送迎等をお願いすることもあります。

③火災発生時の対応

（ⅰ）火災発生時には１１９番通報をするとともに、初期消火、緊急避難場所に避難をします。

（ⅱ）火災により、事業の継続が難しい場合は、ご家族や担当の介護支援専門員に連絡の上、ご自宅に送迎をします。

（ⅲ）負傷者が発生したときには、救急対応をします。

（２）業務継続計画（BCP）の策定

①事業所に災害対策に関する担当者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

②非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

③定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

１２　ハラスメントについて

ご利用者やご家族、代理人等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｛身体暴力（たたく等）及び 精神的暴力（大声を発する、怒鳴る等）並びにセクシャルハラスメント（必要もなく手や腕をさわる等）のハラスメント行為を含む｝を行なった場合は、発生理由や具体的な状況を確認の上、再発防止のための対応策を講じます。対応策を講じても、なお同等の行為が再発した場合は、「契約解除がやむを得ない」と判断し、市・地域包括支援センターと連絡を図り、ご利用者・ご家族、代理人等の心身の状況、その他の状況に応じて、適切な他の事業者等の紹介、その他の必要な措置を講じます。

１３　衛生管理等

（１）通所介護事業所の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。

（２）通所介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。

（３）食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

１４　サービス内容に関する苦情

（１）当センター相談・苦情担当

担当窓口 ：　管理者・生活相談員　　０４２－４７０－８１８７

（２）その他

当センター以外に、区市町村に相談・苦情を伝えることができます。

東久留米市　介護福祉課　　電話　042-470-7777

東京都国民健康保険団体連合会　　電話　03-6238-0177

通所介護サービスの提供開始にあたり、ご利用者に対して本書に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者　所在地　　東久留米市幸町１－１９－５

名　称　　東久留米市幸町デイサービスセンター

説明者　　所属　　東久留米市幸町デイサービスセンター

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についての重要事項の説明を受けました。

年　　月　　日

ご利用者　　住　所

氏　名

代理人　　住　所

氏　名