

地域密着型通所介護 重要事項説明書

〈令和7年1月1日現在〉

1 事業者

事業者の名称 社会福祉法人友愛十字会
 代表者名 理事長 蒲原 基道
 事業所の所在地 東京都世田谷区砧3丁目9番11号
 電話番号 03-3416-3164 (法人本部)

2 ご利用事業所

事業所名称 まなびや砧 (砧デイサービスセンター)
 責任者 センター長 小泉 貴宏
 事業所番号
 事業所の所在地 東京世田谷区砧3丁目9番11号
 電話番号 03-3416-0390

3 相談窓口

電話 03-3416-0390 (午前8時30分～午後5時30分まで)
 担当 生活相談員 小泉 貴宏・森 克彦
 ※ ご不明な点は、お問い合わせください。

4 まなびや砧 (砧デイサービスセンター) の概要

(1) 送迎できる範囲

サービスを提供する対象地域	世田谷区 砧・大蔵・岡本 (その他の近隣地域は応相談とする。)
---------------	------------------------------------

※ 対象地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(2) 当事業所センターの職員配置

〈令和6年10月1日 現在〉

職種・資格等		常勤	非常勤	業務内容	計
管理者		1名(1)		総括	1名(1)
生活相談員		5名(5)		相談・援助等	5名(5)
事務職員		1名(1)		会計・庶務	1名(1)
介護・看護職員等	看護職員 (正看護師)	1名(1)	2名(2)	看護業務	3名(3)
	介護職員	5名(4)		介護業務	5名(4)
	介護福祉士	4名(4)			
	その他	1名			
	機能訓練指導員	1名(1)	2名(2)	機能訓練	3名
看護師 (正看護師)	1名(1)	2名(2)	業務	(3)	

() 内は兼務職員の再掲

(3) 当事業所センターの設備の概要

定員	18名
地域密着型通所介護事業所の機能訓練室（活動フロア）の面積	77.94㎡
静養室	ベッド1台
相談室	1室
送迎車	3台

(4) 営業時間及びサービス提供時間

営業時間：月～金 午前8時30分～午後5時30分

サービス提供時間：午前中 午前9時10分～午後0時20分

午後 午後1時20分～午後4時30分

※ お昼の時間（午後0時20分～午後1時20分）はサービス提供時間には含まれません。

(5) 定休日

土曜日、日曜日、祝日及び年末年始（12月29日～1月3日）

※ 止むを得ない事情により、臨時に休業日や営業時間を変更することがあります。

5 提供するサービス内容

地域密着型通所介護計画に沿って、送迎、排泄介助、移動・移乗介助、服薬介助、各種趣味活動、体操、レクリエーション、機能訓練等の介護サービスや生活相談を行います。

6 料金

(1) 介護保険負担額（基本額）

所要時間3～4時間概算（半日型）				
	単位数	1割	2割	3割
要介護1	416単位	454円	907円	1,361円
要介護2	478単位	521円	1,042円	1,563円
要介護3	540単位	589円	1,178円	1,766円
要介護4	600単位	654円	1,308円	1,962円
要介護5	663単位	723円	1,446円	2,168円

※ 1日滞在型ご利用の場合は、半日型単位数を2回/日設定になります。

介護職員等処遇改善加算Ⅲ 8%/月	1ヵ月の利用総単位数に8%を掛けた単位が加算されます。
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 22単位/日	1回の利用当たり22単位が加算されます。

(2) その他

〈食費等〉

お茶代	100円/半日、200円/1日
-----	-----------------

※ 1日滞在型で昼食を当センターでご用意した場合には、昼食代を実費請求させていただきます。欠席のご連絡は利用前日の17時までをお願いいたします。これ以降のご連絡は昼食代の請求が発生します。

〈活動材料費〉

籐細工・書道・折り紙・塗り絵 その他	具体的な活動費は別紙「活動材料費一覧」を参照ください。
その他	故意・過失による道具等の破損した場合、実費請求することがあります。

〈衛生材料〉

おむつ代	おむつ 80 円/枚 パット 20 円/枚
------	-----------------------

(3) 支払等について

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を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。後日、区市町村にサービス提供証明書を提出、手続きをしますと介護給付分の払い戻しを受けることができます。

- ① 利用料金は全て一月ごとの月極めの請求とさせていただきます。通所毎に利用料を持参いただく必要はございません。
- ② 毎月、15 日までに前月分の利用料の請求をいたします。支払方法は自動引き落としとさせていただきます。26 日に指定口座より自動引き落としとなります。他の支払方法をご希望の場合には、別途ご相談下さい。
- ③ 未納金の処理方法 まなびや砧(砧デイサービスセンター)を利用中または解約時に未納金がある場合、利用者及び連帯保証人の連名で返済計画を明記した「債務弁済契約書」を作成し、センター長に提出していただきます。

7 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

担当の介護支援専門員またはご本人様・ご家族様からのお申し込みにより、当センター職員がご自宅等へ訪問し、通所介護契約を締結します。居宅支援事業所が開催するサービス担当者会議を経て、通所介護を開始致します。また、サービス提供するにあたり、居宅介護計画書に沿って通所介護計画書を作成し、ご本人様・ご家族様の承認をいただきます。

(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。なお、文書は当方で用意してありますので、必要なときはお申し出下さい。

② 当事業所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。

- ・ 利用者が介護保険施設等に入所した場合

- ・ 利用者が小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所へ移行した場合利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）や要支援と認定された場合
- ・ 利用者が死亡した場合または被保険者資格を喪失した場合

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社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当センターが破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって直ちに即座にサービスを終了することができます。
- ・ サービス利用料金の支払を3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、正当な理由なくサービスの中止をししばしば繰り返した場合、入院若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、利用者やご家族などが当事業所や従業員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、セクハラ・シャルハラスメント（職員や他の利用者の体を触る・卑猥な言動）・カスタマーハラスメント（無理な要求など）、暴力、暴言、怒鳴る、奇声、大声を出す、その他（集団生活が困難な心身の状況、感染症の予防対策ができない、ストーカー行為など）があった場合は、文書で通知することにより、すぐにサービスを終了させていただく場合があります。

8 当事業所のデイサービスの特徴等

(1) 運営の方針

- ① 事業所の職員等は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、その利用者が可能な限り居宅において、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、利用者の立場にたって援助します。
- ② 事業の実施に当たっては、関係区市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(2) サービス内容等

事項	有無	
日曜・祝日実施の有無	×	
従業員への研修の実施状況	○	年1回以上外部研修を実施しています
サービスマニュアルの作成	○	

(3) サービス利用のための留意事項

- ① 体調不良の場合：体調不良の場合は、無理をせずお休み下さい。体調不良時のご利用をお断りすることがあります。また、感染性疾患（インフルエンザ・ノロウイルス・新型コロナウイルス等）の場合には、感染拡大防止のため通所を控えていただきます。手洗い・消毒等の感染予防にご協力をお願いいたします。
- ② 持ち物の管理：持ち物には必ず記名をお願いいたします。センター内では食品を始めとした様々な品物のやり取りはなさないようお願いいたします。
- ③ 貴重品の管理：貴重品（現金・貴金属等）の持ち込みはご遠慮下さい。紛失した場合、責任を負いかねますので、ご了承下さい。
- ④ 異性介助：当センターでは入浴・排泄等の介助の場面において、異性の職員が対応させていただくことがあります。あらかじめご了承ください。

(4) 当センターの取組み

- ① 身体拘束：原則として利用者に対して身体拘束を行いません。例外的に生命・身体に対して危険が及ぶ時に、利用者及びご家族に対して説明・同意を得た上で会議体において確認し、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。
- ② 虐待防止：利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、虐待防止の担当者を選定し、虐待防止の指針を整備、虐待防止委員会を定期的に開催します。その内容については職員に周知徹底を図ります。また、職員には虐待防止のための定期的な研修を実施します。職員又は家族等による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに区に通報します。
- ③ 感染症対策：感染症等の予防及び蔓延の防止のために、感染症対策委員会を設置し、「感染症等の予防」と「感染症等発生時の対応」を行います。職員には感染症等の予防と代表的な感染症等についての正しい知識を普及・啓発し、衛生管理の徹底と衛生的な行動の励行を推進します。感染症等の予防に留意し組織的な対応を行い、感染症等の発生時には原因の速やかな特定、蔓延防止に努め早期終息を図ります。
- ④ ハラスメント防止：職場におけるセクシュアルハラスメント、妊娠・出産・育児休業等に関するハラスメント及びパワーハラスメント等を防止するために、担当者を選定し、指針を整備、ハラスメント対策委員会を定期的に開催します。また、その内容については職員に周知徹底し、ハラスメント防止のための定期的な研修を実施します。
- ⑤ 業務継続計画（BCP）：感染症や自然災害の発生時には通常のサービス提供が困難になることが予測されるため、感染症及び自然災害発生時の業務継続計画（BCP）を策定し、それに基づいた対応をいたします。また、職員に対して定期的な研修・訓練を実施し、有事において迅速に行動できるよう準備します。

9 緊急時の対応方法

ご利用中に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・ケアマネージャー等に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。

10 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対する地域密着型通所介護の提供により事故が発生した場合は、世田谷区、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措置についての記録をします。
- (3) 事業者の故意や過失、もしくはこの契約上の注意義務に違反して利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合はその賠償責任を負います。
- (4) 事故が生じた際には、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。

11 第三者評価の実施状況

【あり】実施日： 年 月 日
評価機関名称：

結果の開示：

【なし】

1.2 サービス内容に関する苦情

(1) 相談・苦情担当

地域密着型通所介護 まなびや砧（砧デイサービスセンター）相談・苦情担当

生活相談員 小泉 貴宏 電話（代表）03-3416-3164

（直通）03-3416-0390

FAX 03-3416-3240

(2) 砧あんしんすこやかセンター 電話（直通）03-3416-3217

FAX 03-3416-3250

(3) 東京都国民健康保険団体連合会 苦情・相談担当

介護相談指導課 電話 03-6238-0173

(4) 世田谷区の相談窓口

砧地域の方	窓口 砧総合支所保健福祉課 地域支援担当 電話（3482）8193
玉川地域の方	窓口 玉川総合支所保健福祉課 地域支援担当 電話（3702）1894
世田谷地域の方	窓口 区役所第3庁舎内保健福祉課 地域支援担当 電話（5432）2850
北沢地域の方	窓口 北沢総合支所保健福祉課 地域支援担当 電話（3323）9907
烏山地域の方	窓口 烏山総合支所保健福祉課 地域支援担当 電話（3326）6136

1.3 当法人の概要

法人種別・名称	社会福祉法人 友愛十字会
代表者役職・氏名	理事長 蒲原 基道
所在地	〒157-8575 東京都世田谷区砧3丁目9番11号 TEL 03(3416)3164
定款の目的に定めた事業	(第一種社会福祉事業) 養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、障害者支援施設の経営 (第二種社会福祉事業) 障害福祉サービス事業、老人デイサービスセンター、老人短期入所事業、福祉ホーム、一般相談支援事業、特定相談支援事業、障害児相談支援事業、地域活動支援センター、障害児通所支援事業の経営
定款の公益を目的とする事業	第一作業所（友愛書房）、身体障害者更生援護のための啓蒙普及事業、居宅介護支援事業、地域包括支援センター、港区立障害保健福祉センター、港区立児童発達支援センター（総合相談事業）の経営

まなびや砧(砧デイサービスセンター)の利用開始にあたり、利用者に対して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 東京都世田谷区砧3-9-11
名称 地域密着型通所介護 まなびや砧(砧デイサービスセンター)
説明者 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から地域密着型通所介護についての重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ 印

代理人氏名 _____ 続柄 _____ 印

