

重要事項説明書

地域密着型通所介護サービス・介護予防通所介護サービスの提供開始にあたり、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業所概要

事業所名（事業所の種類）	ゆいまある南沢デイルーム（地域密着型通所介護・介護予防通所介護）
所在地（電話番号）	東久留米市南沢2-13-11（電話）042-479-5771（FAX）042-479-8013
開設者、開設年月日（指定番号）	特非）地域ケアネットワークゆいまある 2021年4月1日（1394800195）（13A4800036）
管理者	中村 美由紀
通常のサービス提供地域	東久留米市
法人が行っている他の事業	居宅介護支援、訪問介護、小規模多機能型居宅介護

2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護・要支援状態にある高齢者等に適正な地域密着型通所介護を提供します。
運営の方針	1) 介護従業者は、要介護者などの心身の特性を踏まえて、その有する能力、希望に応じ、住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、必要な身体介護その他日常生活上の援助及び機能訓練を行います。 2) ご契約者の意志及び人格を尊重し、常にご契約者の立場に立ったサービスを提供し、ならびに家族の介護負担軽減を図るものとします。 3) 地域福祉の向上に努め、市、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、他の居宅介護サービス事業者、その他の保健・福祉・医療機関と密接に連携します。

3. 通所介護事業所の従業者体制等（2026年 4月 6日現在）

職 種	人 員（兼務含む）
管理者	1 名
機能訓練指導員	3 名 以上
生活相談員	2 名 以上
介護従業者	5 名 以上
看護従業者	3 名 以上

4. 営業日及び営業時間 土曜日と日曜日と年末年始（12月29日～1月3日）を除く8：30～17：00

5. 利用料等：月末締め、翌月15日までに請求書送付しますので、20日までにお支払い下さい。

利用料は介護報酬告示上の額とし、ご契約者から利用者自己負担分（金額は別添「ご案内」参照）の支払いを受けます。また、その他の諸経費については、下記の費用を頂きます。

ア 通常の実施地域を越えて行う送迎費用	1 キロにつき42円
イ 昼食代	1 食につき 800円
ウ オムツ代、アクティビティサービス等にかかる諸経費	実費
エ 前営業日14時以降のキャンセルに伴う昼食代	1食につき 800円

6-1. 運営推進会議の設置について

当事業所が地域に密着し、地域に開かれたものにするために、下記の通り運営推進会議を設置しています。

(運営推進会議)

構成：ご契約者、ご契約者の家族、地域住民の代表者、市職員、地域包括支援センター職員
当該事業について知見を有する者等

開催：年に2回 5月と11月

会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

この運営推進会議において、当事業所のサービスについて、外部からの評価を受けます。

6-2. 第三者評価の実施状況

未実施

7. サービス提供に関する相談、苦情について

相談や苦情は真摯に受け止め、個人情報取り扱いに十分配慮した上で、内容確認～解決を図り、再発防止策やサービス向上に繋がります。その為の処理体制・手順を定め、保険者に提出しています。

【苦情ご相談窓口は以下の通りです】

当事業所に対する 苦情、ご相談の 連絡先	ご利用時間	月～金 午前8時30分～午後5時
	ご利用方法	電話 042-479-5771 苦情相談担当者 管理者 中村 美由紀
東京都国民健康保険団体 連合会 苦情相談窓口	ご利用時間	午前9時～午後5時（土・日・祝、年末年始を除く）
	ご利用方法	電話 03-6238-0177
東久留米市介護福祉課	ご利用時間	午前8時30分～午後5時（土・日・祝・年末年始を除く）
	ご利用方法	電話 042-470-7750

8. 虐待の防止のための措置について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止などのため法人の定める「高齢者虐待防止のための指針」に従い、次の措置を講じるものとします。

- (1) 虐待防止のための職員研修
- (2) 利用者及びその家族からの相談報告体制
- (3) 虐待防止委員会の設置、その他必要な措置

事業者はサービス提供中に虐待が疑われる事案が発生、発見した場合は速やかにこれを市に通報するものとします。

9. 緊急時の対応方法

ご契約者の主治医や緊急連絡先への連絡を行い、その指示に従います。搬送希望の医療機関が満床の場合、または特にご希望が無い場合は救急隊に任せることになります。

ご契約者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	TEL
	緊急時の連絡方法	(携帯)
救急搬送希望 医療機関	①	TEL
	②	TEL
緊急連絡先	① 氏名・続柄	
	住所	TEL
	備考	
	② 氏名・続柄	
	住所	TEL

令和 年 月 日

地域密着型通所介護サービスの提供開始に当たり、本書面に基づいて、重要事項の説明を行いました。

事業所名 ゆいまある南沢デイルーム

管理者氏名 中村 美由紀

印

説明者 生活相談員 氏名

印

私は、本書面に基づいて、上記事業者から重要事項の説明を受け、地域密着型通所介護サービス利用開始に同意しました。

ご契約者 住 所 東京都東久留米市

氏名

印

代理人 住 所

氏名

続柄 () 印