

# 重要事項説明書

(地域密着型通所介護及び  
1 日型デイサービス)

利用者：\_\_\_\_\_様

こころねデイサービスセンター

## 1 当事業所の概要

### (1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

|          |                                                  |
|----------|--------------------------------------------------|
| 事業所名     | こころねデイサービスセンター                                   |
| 所在地      | 広島県広島市中区江波栄町11番27号アテリア1階                         |
| サービス種類   | 地域密着型通所介護事業 第1号通所介護事業                            |
| 介護保険指定番号 | 地域密着型通所介護 3490201013 号<br>1日型デイサービス 3470212626 号 |
| 利用定員     | 10名<br>(地域密着型通所介護定員及び1日型デイサービス定員を含む)             |
| サービス提供地域 | 広島市(似島町、宇品町を除く)                                  |

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

### (2) 営業日、営業時間

|          |                                  |
|----------|----------------------------------|
| 営業日      | 月曜日・火曜日～土曜日(祝日は営業)               |
|          | ただし、8月14日から8月15日、12月31日から1月3日を除く |
| 営業時間     | 8時30分から17時30分まで                  |
| サービス提供時間 | 9時30分から16時40分まで                  |

### (3) 職員体制

|         | 資格                    | 常勤 | 非常勤 | 計  |
|---------|-----------------------|----|-----|----|
| 管理者     |                       | 1名 | 0名  | 1名 |
| 生活相談員   | 介護福祉士・その他             | 1名 | 2名  | 3名 |
| 機能訓練指導員 | 作業療法士                 | 1名 | 0名  | 1名 |
| 看護職員    | 看護師                   | 0名 | 1名  | 1名 |
| 介護職員    | 介護福祉士・実務者研修・初任者研修・その他 | 1名 | 4名  | 5名 |

## 2 事業の目的

### ○地域密着型通所介護

要介護状態等となった利用者に対し、適切な地域密着型通所介護サービスの提供を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図り、介護者の負担軽減を図ることを目的とします。

### ○1日型デイサービス

要支援状態または事業対象状態の利用者に対し、適切な1日型デイサービスの提供を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、要介護状態となることを予防し、生活機能の維持又は向上を図ることを目的とします。

## 3 運営の方針

要介護状態等の心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限り、その居宅において、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、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行います。事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的サービスの提供に努めます。

#### 4 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

(1) 次の事項について、ご相談や苦情等がある場合、事業所の窓口までご連絡なくお申し出ください。

ア 事業所が提供するサービスについて。

イ 居宅サービス計画に基づいて提供している各種サービスについて。

(2) 営業時間及びサービスの提供相談窓口連絡先

|          |                                                                  |        |              |
|----------|------------------------------------------------------------------|--------|--------------|
| 所在地      | 広島県広島市中区江波栄町 11 番 27 号アテリア 1 階                                   |        |              |
| 電話番号     | 082-533-7987                                                     | FAX 番号 | 082-533-7989 |
| 営業時間     | 月曜日・火曜日～土曜日 8:30～17:30<br>(日曜日・水曜日、8月14日から8月15日、12月31日から1月3日は休業) |        |              |
| 担当者役職・氏名 | 管理者 毛利 学      生活相談員 中尾 敦・北川 喜三                                   |        |              |

(3) 当事業所窓口以外でも、ご相談や苦情などについて下記の窓口でも受け付けています。

|                                    |      |                                             |        |              |
|------------------------------------|------|---------------------------------------------|--------|--------------|
| 広島市中区厚生部<br>福祉課高齢介護係               | 所在地  | 広島市中区大手町四丁目1番1号                             |        |              |
|                                    | 電話番号 | 082-504-2478                                | FAX 番号 | 082-504-2175 |
|                                    | 受付時間 | 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分<br>(土・日・祝日、年末年始は休業) |        |              |
| 広島市西区厚生部<br>福祉課高齢介護係               | 所在地  | 広島市西区福島町二丁目24番1号                            |        |              |
|                                    | 電話番号 | 082-294-6585                                | FAX 番号 | 082-233-9621 |
|                                    | 受付時間 | 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分<br>(土・日・祝日、年末年始は休業) |        |              |
| 広島市南区厚生部<br>福祉課高齢介護係               | 所在地  | 広島市南区皆実町一丁目4番46号                            |        |              |
|                                    | 電話番号 | 082-250-4138                                | FAX 番号 | 082-254-9184 |
|                                    | 受付時間 | 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分<br>(土・日・祝日、年末年始は休業) |        |              |
| 広島市東区厚生部<br>福祉課高齢介護係               | 所在地  | 広島市東区東蟹屋町 9 番 34 号                          |        |              |
|                                    | 電話番号 | 082-250-4138                                | FAX 番号 | 082-264-5271 |
|                                    | 受付時間 | 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分<br>(土・日・祝日、年末年始は休業) |        |              |
| 広島市高齢福祉部<br>介護保険課事業所指導係            | 所在地  | 広島市中区国泰寺町                                   |        |              |
|                                    | 電話番号 | 082-504-2183                                | FAX 番号 | 082-504-2136 |
|                                    | 受付時間 | 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分<br>(土・日・祝日、年末年始は休業) |        |              |
| 広島県国民健康保険<br>団体連合会<br>介護サービス苦情相談窓口 | 所在地  | 広島市中区東白島町 19 番 49 号国保会館                     |        |              |
|                                    | 電話番号 | 082-554-0783                                | FAX 番号 | 082-511-9126 |
|                                    | 受付時間 | 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分<br>(土・日・祝日、年末年始は休業) |        |              |

(4) 相談・苦情対応方法

ア 相談・苦情のお申し出があったときには、お申し出の内容について、真摯に受け止め、懇切丁寧に対応いたします。

イ お申し出内容によっては、内容を正確に把握するために、ご利用者の自宅にお伺いし、関係する方々に直接事情を確認する場合がありますのでご了承ください。

ウ 対応結果につきましては、文書または口頭で回答させていただきます。なお、必要に応じて、市区町村に報告いたします。

#### 5 サービス内容

ご利用者様に地域密着型通所介護計画書（1 日型デイサービス計画書）に沿った、送迎・身体介護・食事の提供・入浴介助・機能訓練・口腔機能向上・アクティビティー・その他必要なサービス、ご利用者様・ご家族様

からのサービスに関するご相談を行います。

## 6 利用料その他の費用

- (1) 地域密着型通所介護（１日型デイサービス）を提供した場合の利用料の額は、介護報酬告示上の額とし、当該地域密着型通所介護（１日型デイサービス）が法定代理受領サービスであるときは、その１割の額とする。
- (2) 地域密着型通所介護（経過的要介護、要介護認定を受けておられる方）

| 基本部分       |                |              | その他、加算部分                                                                                            | 介護職員等処遇改善加算  |
|------------|----------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 地域密着型通所介護費 | 3時間以上<br>4時間未満 | 要介護１（４１６単位）  | 入浴<br>＋４０単位／日<br>（入浴介助加算Ⅰ）<br><br>＋５５単位／日<br>（入浴介助加算Ⅱ）<br><br>口腔・栄養<br>＋２０単位／回<br>（口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ） | 加算Ⅱ<br>9/100 |
|            |                | 要介護２（４７８単位）  |                                                                                                     |              |
|            |                | 要介護３（５４０単位）  |                                                                                                     |              |
|            |                | 要介護４（６００単位）  |                                                                                                     |              |
|            |                | 要介護５（６６３単位）  |                                                                                                     |              |
|            | 4時間以上<br>5時間未満 | 要介護１（４３６単位）  |                                                                                                     |              |
|            |                | 要介護２（５０１単位）  |                                                                                                     |              |
|            |                | 要介護３（５６６単位）  |                                                                                                     |              |
|            |                | 要介護４（６２９単位）  |                                                                                                     |              |
|            |                | 要介護５（６９５単位）  |                                                                                                     |              |
|            | 5時間以上<br>6時間未満 | 要介護１（６５７単位）  |                                                                                                     |              |
|            |                | 要介護２（７７６単位）  |                                                                                                     |              |
|            |                | 要介護３（８９６単位）  |                                                                                                     |              |
|            |                | 要介護４（１０１３単位） |                                                                                                     |              |
|            |                | 要介護５（１１３４単位） |                                                                                                     |              |
|            | 6時間以上<br>7時間未満 | 要介護１（６７８単位）  |                                                                                                     |              |
|            |                | 要介護２（８０１単位）  |                                                                                                     |              |
|            |                | 要介護３（９２５単位）  |                                                                                                     |              |
|            |                | 要介護４（１０４９単位） |                                                                                                     |              |
|            |                | 要介護５（１１７２単位） |                                                                                                     |              |
|            | 7時間以上<br>8時間未満 | 要介護１（７５３単位）  |                                                                                                     |              |
|            |                | 要介護２（８９０単位）  |                                                                                                     |              |
|            |                | 要介護３（１０３２単位） |                                                                                                     |              |
|            |                | 要介護４（１１７２単位） |                                                                                                     |              |
|            |                | 要介護５（１３１２単位） |                                                                                                     |              |

- (3) 第１号通所事業（事業対象者・要支援１、２の方、月あたり）

| 介護保険適用      |  | 単位     | 口腔栄養スクリーニング加算Ⅰ<br>20単位 |
|-------------|--|--------|------------------------|
| 事業対象者・要支援１  |  | 1798単位 |                        |
| 要支援２（週１回程度） |  | 1798単位 |                        |
| 要支援２（週２回程度） |  | 3621単位 |                        |

※上記に基づいて算定した単位数に介護職員等処遇改善加算を追加する。

※介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用については、全額自己負担となります。

○自己負担するもの（介護保険適用外）

|              |       |      |
|--------------|-------|------|
| 食費           | １日につき | 600円 |
| 紙おむつ         | １枚につき | 60円  |
| 紙おむつ（シートパット） | １枚につき | 30円  |
| 紙パンツ         | １枚につき | 100円 |

|       |       |     |
|-------|-------|-----|
| 複 写 物 | 1枚につき | 20円 |
|-------|-------|-----|

#### ○交通費

通常の事業の実施地域を越える場合は、下記の交通費をいただきます。

|       |        |     |
|-------|--------|-----|
| 交 通 費 | 1kmにつき | 20円 |
|-------|--------|-----|

#### ○デイサービス利用料に係るキャンセル料

| 連絡の時期         | キャンセル料       | 備考        |
|---------------|--------------|-----------|
| サービス利用日の前々日まで | なし           |           |
| サービス利用日の前日まで  | 自己負担額の50%の額  | 容態急変の場合等は |
| サービス利用日の当日    | 自己負担額の100%の額 | 無料        |

前項に掲げる費用の支払いを受ける場合には、利用者または家族に対し事前に文書を説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名または記名押印を受けるものとする。

#### ○料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月15日までに当月分の料金を請求いたします。

翌月28日までに、あらかじめ指定した方法でお支払いください。

1. 口座引き落とし

2. 下記指定口座への振込み

広島信用金庫 矢野支店 (普通) 0304100  
 カ) オフィスシンバ ダイヒョウトリシマリヤク ヤマサキハルトシ  
 名義人 株式会社オフィス心絆 代表取締役 山崎晴敏

## 7 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

地域密着型通所介護計画作成と同時に契約を結んだ後、サービス提供を開始いたします。なお、居宅サービス計画等の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

まずはお電話などでお申し込みください。職員がお伺いしてご説明いたします。また、施設の見学・1日体験もできます。お気軽にご連絡ください。

### (2) サービスの終了

ア ご利用者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、文書でお申し出ください。

イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了日の1ヶ月前までに、文書で通知いたします。

ウ 自動終了（以下に該当する場合は、通知が無い場合でも自動的にサービスが終了します）

①ご利用者様が介護保険施設に入所した場合

②介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合  
 ※非該当〔自立〕と認定された場合は、条件を変更して再度契約をすることができます。

③ご利用者様が亡くなられた場合

### (3) 契約解除

ア 当事業所が、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、ご利用者様やご家族様などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合は、文書で通知することで、ご利用者様は催告なく本契約を解除することができます。

イ 当事業所が破産した場合は、ご利用者様に文書で通知することで、本契約を解除することができます。

ウ ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず催告到達後10日以内に支払われない場合は、文書で通知することで、当事業所におけるサービス提供を即座に終了（本契約を解除）させていただきます場合があります。

エ ご利用者様やご家族様などが、当事業所や当事業所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を行った場合は、文書で通知することで、当事業所におけるサービス提供を即座に終了（本契約を解除）させていただきます場合があります。

#### (4) その他

ア ご利用者様に、病気・怪我などで健康上に問題がある場合は、当事業所におけるサービスのご利用をお断りする場合があります。

イ 当事業所における当日の健康チェックにおいて、ご利用者様の診断結果が悪い場合、サービス内容の変更またはサービスの提供を中止する場合があります。

ウ 当事業所のサービス利用中に、ご利用者様の体調が悪くなった場合、サービス提供を中止する場合があります。その場合は、ご家族様または緊急連絡先に連絡するとともに、必要な措置を適切に行います。

エ ご利用者様に、他のご利用者様の健康に悪影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合は、速やかに事業所に申告してください。ご利用者様の疾患（感染症）が治癒するまで、当事業所におけるサービスの利用はお断りさせていただきます。

オ サービスのご利用時は、多額の金銭・貴重品類は持参しないでください。また、ご利用者様間での金銭の貸し借り・物品の貸し借り・食べ物のやりとりはご遠慮ください。

カ 当事業所の施設内では、政治活動・宗教活動・物品の販売などの行為は、禁止させていただきます。

## 8 緊急時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

|       |       |        |
|-------|-------|--------|
| 主治医   | 病院名   |        |
|       | 主治医氏名 |        |
|       | 連絡先   |        |
| ご家族   | 氏名    |        |
|       | 連絡先   |        |
| 緊急連絡先 | 氏名    | (続柄: ) |
|       | 連絡先   |        |

|                        |  |
|------------------------|--|
| 主治医・ご家族などへの<br>連 絡 基 準 |  |
|------------------------|--|

## 9 事故発生時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に事故が発生した場合は、関係各位に連絡するとともに、賠償すべき事故の場合は、当事業所はご利用者様に対して賠償責任を負うものとします。

## 10 個人情報の保護

### (1) 情報の保護および利用の制限

当事業所は、業務上知り得たご利用者及びご家族等の個人情報を、正当な理由なく第三者に漏らすことはいたしません。ただし、ご契約に基づくサービスを提供するうえで必要な場合、「個人情報使用同意書」に定められた範囲内で必要な情報を提供させていただきますので、予めご理解ください。

### (2) 個人情報の利用目的の変更

次に記載される事項に該当する場合は、必要とされる情報を提供するとともに、利用目的の変更についてご連絡いたします。

ア 法令に基づく場合。

イ 人の生命、身体又は財産の保護のために必要であって、事前に同意を得ることが困難であるとき。

ウ 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が、法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある、ご利用者の同意を得ることにより、当該事務の遂行に支障を及ぼすと判断したとき。

### (3) 守秘義務の継続

守秘義務は、ご利用者と事業者の契約が終了した後も遵守いたします。

## 11 虐待防止および身体拘束

当事業所は、利用者様等の人権擁護、虐待および身体拘束等の発生またはその防止をするために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

### (1) 虐待防止・身体拘束等の適正化に関する担当者を選定しています。

虐待防止・身体拘束等の適正化（担当者）：山崎真澄

虐待防止責任者（担当者）：山崎真澄

### (2) 虐待防止・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。

### (3) 虐待防止・身体拘束等の適正化のための指針の整備をしています。

### (4) 従業員に対して、虐待防止・身体拘束等の適正化のための定期的な研修を実施するなどの必要な措置を講じます。

### (5) 事業所は利用者様が成年後見制度を利用できるように、支援を行ないます。

### (6) サービス提供中に、当該事業所従業員または養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待等を受けたと思われる利用者様を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

### (7) 事業者は、利用者様または他の利用者様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を除き、身体拘束等を行ないません。

やむを得ず身体拘束等を行う場合には、事前に十分な説明の上、利用者様または家族等に同意を得るとともにその形態および時間、その際の利用者様の心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由を記録いたします。

## 12 業務継続計画の策定等

### (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者様に対する指定居宅介護の提供を継続的に実施するためおよび非常時の体制での早期業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行ないます。

### 13 衛生管理等

- (1) 従業者等の清潔の保持および健康状態について、必要な管理を行ないます。
- (2) 事業所の設備および備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、またはまん延しないように次に掲げる措置を講じます。
  - ア 事業所における感染症の予防およびまん延の防止のための対策を検討する委員会を概ね6ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底をします。
  - イ 事業所における感染症の予防およびまん延防止のための指針を整備しています。
  - ウ 従業者に対し、感染症の予防およびまん延防止のための研修および訓練を、定期的実施します。

### 14 ハラスメントについて

事業者は介護現場で働く従業者の安全確保と安心して働き続ける労働環境が築けるようにハラスメント防止に向け取り組みます。

- (1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
  - ア 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
  - イ 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
  - ウ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為
 上記は当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者様およびその家族が対象となります。
- (2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同様の案件が発生しないための再発防止策を検討します。
- (3) 従業者に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生の防止に努めます。
- (4) ハラスメントと判断された場合には、行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

### 15 第三者評価の実施状況

|   |    |        |          |
|---|----|--------|----------|
| ① | あり | 実施日    | 令和6年3月8日 |
|   |    | 評価機関名称 | 運営推進会議   |
|   |    | 結果の開示  | あり       |
| 2 | なし |        |          |