

# 仁淀川町デイサービスセンターひなた荘 重要事項説明書

地域密着型通所介護／日常生活支援総合事業 第1号通所事業

(令和7年4月1日現在)

## 1. 事業所の概要

事業所名	仁淀川町デイサービスセンターひなた荘
所在地	高知県吾川郡仁淀川町森 4287 番地
管理者名	田村 隆臣
電話番号	0889-32-1500
FAX番号	0889-32-1502
事業所指定番号	第 3972400604 号
事業実施地域	仁淀川町全域
利用定員	18名

## 2. 当事業所の目的及び運営方針

事業の目的	事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態にある対象者には、適正な地域密着型通所介護を提供し、要介護状態とならない対象者には、その居宅において自立した日常生活を営む事が出来る様、心身及び生活機能の維持回復及び向上を図る事を目的とする。
事業の運営方針	利用者が要介護状態等及び事業の対象となった場合においても、その可能な限りその居宅において、その有する能力に応じた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なら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その他必要な援助を行う。

## 3. 営業日、営業時間

営業日	月曜日～土曜日
受付時間	月曜日～土曜日 (8時00分～17時00分)
サービス提供時間帯	月曜日～土曜日 (8時30分～16時30分)
休業日	日曜日及び年始(1月1日～1月2日)

## 4. 事業の職員の配置状況

職種	人員	職務内容	備考
事業所長(管理者)	1名	従業員の管理及び業務の管理	介護職員兼務
生活相談員	1名以上	生活指導及び相談	
介護職員	2名以上	計画に基づき介護、機能訓練業務	
看護職員	1名以上	利用者の健康状態の把握 利用者に応じた機能訓練の指導	機能訓練指導員 兼務
理学療法士	1名	利用者に応じた機能訓練の指導	介護職員兼務
調理員	1名以上	調理全般	

## 5. サービスの内容

### (1) 介護給付

種類	内容
食事	○ 利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。 (ただし、食費は給付対象外です。)
排泄	○ 利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
入浴	○ 利用者の状況に応じて適切な入浴介助を行います。
機能訓練	○ 機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、日常生活をおくるために必要な機能の回復又は低下を防止するための訓練を実施します。

### (2) 総合事業

種類	内容
食事	○ 介護給付サービスと同様です。
排泄	○ 介護給付サービスと同様です。
入浴	○ 介護給付サービスと同様です。
運動器機能向上	○ 利用者の運動器の機能向上を目的として、個別的に機能訓練を実施します。

## 6. サービス利用料金及び利用者負担

介護保険及び第1号通所事業サービスからの給付サービスを利用する場合は、1日あたり下記の自己負担額(介護保険負担割合証に記載されている利用者負担割合の額)をお支払いいただきます。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

### (1) 介護給付【基本利用料】

介護給付対象サービスを利用する場合、1日あたり下記の自己負担額(介護保険負担割合証に記載されている利用者負担割合の額)をお支払い頂きます。

サービス提供時間	自己負担金(1割)				
	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
3時間以上4時間未満	416円	478円	540円	600円	663円
4時間以上5時間未満	436円	501円	566円	629円	695円
5時間以上6時間未満	657円	776円	896円	1,013円	1,134円
6時間以上7時間未満	678円	801円	925円	1,049円	1,172円
7時間以上8時間未満	753円	890円	1,032円	1,172円	1,312円

【加算】 その他、以下の加算の金額(介護保険負担割合証に記載されている利用者負担割合の額)をお支払いいただく場合があります。

種 類	自己負担額	内 容
送迎減算	-47円/日	事業所が送迎を行わない場合。
入浴介助加算(Ⅰ)	40円/日	入浴介助の研修等を受けた職員が、入浴介助を行う場合。
個別機能訓練加算(Ⅰ)	(Ⅰ)1 : 56円/日 (Ⅰ)2 : 76円/日	利用者ごとの個別機能訓練計画を作成し、個別機能訓練を行った場合。
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22円/日	※通所介護職員が一定の条件を満たした場合
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数 × 9.2%	介護職員の安定的な処遇改善を図る為に、職場環境整備や賃金改善を行う為の加算です。 (区分支給限度額外となります) ※R6年6月1日から

(2) 総合事業【基本利用料】

サービス種類	自己負担額(1割)	内 容
通所型独自サービス 11	1,798円	1週に1回程度の利用の場合(1月あたり)
通所型独自サービス 12	3,621円	1週に2回程度の利用の場合(1月あたり)
通所型独自サービス 11 日割	59円	1日につき
通所型独自サービス 12 日割	119円	

★月の途中から利用開始の契約を行った場合、契約日を起算日とした日割り請求となります。

【加算】 その他状況に応じて、以下の加算の金額(介護保険負担割合証に記載されている利用者負担割合の額)を頂くことがあります。

種 類	自己負担額	内 容
送迎減算	-47円/日	事業所が送迎を行わない場合。
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	(Ⅰ)1 : 88円 (Ⅰ)2 : 176円	通所介護職員が一定の条件を満たした場合。
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数 × 9.2%	介護職員の安定的な処遇改善を図る為に、職場環境整備や賃金改善を行う為の加算です。 (区分支給限度額外となります)

(3) 介護保険給付対象外【保険外】のサービス

種 類	利用料金	内 容
食費	1日あたり <b>600円</b>	食材料費
紙おむつ代	実費	

#### (4) 利用料金の支払い方法

利用者負担金は、利用月の月末で締めを行い、翌月の10日までに請求しますので、同月末日までに下記の方法でお支払いください。

##### ① 自動引落

高知県農業協同組合、ゆうちょ銀行がご利用できます。

利用月の翌月15日に引き落とします。

##### ② 現金払いも相談に応じます。

##### ③ 窓口振込

金融機関名	口座名義	口座番号
高知県農業協同組合 仁淀出張所	(有)ぬくもり介護センターおおの 代表取締役 大野 芳子(オオノヨシコ)	普通預金 0274618
四国銀行 越知支店	(有)ぬくもり介護センターおおの 代表取締役 大野 芳子(オオノヨシコ)	普通預金 0199018
ゆうちょ銀行 ※ゆうちょ銀行からのお振込の場合	(有)ぬくもり介護センターおおの 代表取締役 大野 芳子(オオノヨシコ)	記号 16400 番号 11804311
ゆうちょ銀行 ※ゆうちょ銀行以外の銀行からお振込の場合	(有)ぬくもり介護センターおおの 代表取締役 大野 芳子(オオノヨシコ)	店名:六四八(ロクヨンハチ) 店番:648 普通預金 1180431

※保険料の滞納などにより、市町村から保険給付金が支払われない場合は、一旦利用料金(10割)をいただき、サービス提供証明証を発行します。

サービス提供証明証を、後日市町村の窓口に出しますと、払い戻しを受けることができます。

## 7. キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用をキャンセルする場合は、速やかに次の連絡先までご連絡ください。

**連絡先**                      仁淀川町デイサービスセンターひなた荘  
**電 話**                      0889-32-1500

(2) 利用者の都合でサービスの利用をキャンセルする場合は、サービス利用予定日前日までにご連絡ください。利用日前日のキャンセルは、次のキャンセル料を頂くこととなりますのでご了承ください。但し、利用者の様態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

キャンセル時期	キャンセル料
ご利用予定日の前日までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用予定日の前日までにご連絡がなかった場合	自己負担相当額

## 8. サービス実施にあたっての留意事項

事業者及びサービス従事者の義務	<ul style="list-style-type: none"> <li>① サービスの提供にあたって、利用者の生命、身体、生活環境の安全に配慮するものとし、利用者の体調・健康状態等の必要な事項について、看護職員もしくは主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関との連携及び契約者から聴取・確認したうえでサービスを実施します。</li> <li>② サービス提供時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又は協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じるものとします。</li> </ul>
守秘義務等	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 事業者及びサービス従事者は、地域密着型通所介護サービス及び第1号通所事業サービスを提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。</li> <li>② 事業者は、利用者の緊急の医療上の必要性がある場合には、医療機関等に利用者の心身等に関する情報を提供できるものとします。</li> <li>③ 利用者に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、利用者又は利用者の家族等の個人情報を用いることができるものとします。</li> </ul>
サービス従事者の禁止行為	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 契約者又は利用者もしくはその家族等からの物品・金銭の授受</li> <li>② 契約者又は利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営業活動</li> <li>③ 契約者又は利用者もしくはその家族等に行う迷惑行為</li> </ul>

## 9. サービス利用にあたっての留意事項

施設の利用	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 通所サービスの提供を受けるとき、利用者は事業所の施設、設備及び敷地をその本来の用途に従って、利用するものとする。</li> <li>(2) 利用者は、事業所の施設、設備について、故意又は重大な過失により滅失破損、汚損もしくは変更をしてはならない。</li> <li>(3) 利用者の心身の状況等により、施設、設備の利用方法等を決定するものとする。</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。</li> <li>(2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。</li> <li>(3) サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断でSNS等に掲載すること。</li> </ul>
送迎や書類続き等で居宅訪問時	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) お茶やお菓子など、お心付けなどは一切ご不要です。</li> <li>(2) 訪問の際はペットをゲージに入れる、リードに繋ぐなどの配慮をお願いします。</li> <li>(3) 見守りカメラの設置、職員の写真を撮影する場合、個人情報保護法に準じて事前に職員本人の同意を受けてください。</li> <li>(4) ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。</li> <li>(5) 訪問中の喫煙はご遠慮ください。</li> </ul>

## 10. 運営についての留意事項

(1) 従業者の質的向上を図るための研修の機会を設け、業務体制を整備する。

①採用時研修 採用後 1 ヶ月以内

②継続研修 年 1 回

(2) この規定に定める事項のほか、運営に関する重要事項は有限会社めぐり介護センターおおのと事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

## 11. 虐待の防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 田村 隆臣
-------------	-----------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、当該事業所従業員または擁護者(利用者の家族など高齢者を現に擁護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかにこれを市町村に通報します。

## 12. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。

ただし、以下の 3 つの要素をすべて満たす状態にある場合は、利用者または家族に対して説明し同意を得た上で、必要最低限の身体拘束を行うことがあります。

その場合は、専用の様式を用いてその様子・日時心身の状況・やむを得ない理由などを記録し、拘束の早期解除に向けて、必要性や方法などについて逐次検討を行います。

必要がなくなった場合は、早急に解除し利用者・家族に報告します。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

(1) 切迫性……利用者本人または他の利用者など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事。

(2) 非代替性……身体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事。

(3) 一時性……身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

## 13. 事故発生時の対応

地域密着型通所介護サービス及び第 1 号通所事業サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族及び居宅介護支援事業所の担当ケアマネージャーに連絡するとともに、当事業所の職員がその時間、事故の内容及び対応について記録し、賠償すべき事故の場合は、速やかに損害賠償を行います。事故の内容等によっては市町村、関係機関等に報告し適切な対応をします。

#### 14. 緊急時の対応

サービス提供中に利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

#### 15. 非常災害対策

- 1 サービスの提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講ずる。
- 2 防火管理についての責任者は、防火管理者講習終了者を当てる。
- 3 防火管理責任者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとる。
- 4 非常災害に備えて、消防計画、風水害、地震等の災害に対処する計画を作成する。
- 5 年4回以上、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。

#### 16. 衛生管理等について

- ① 当施設では、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 当施設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。

#### 17. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	② なし		

#### 18. 協力医療機関

医療機関の名称	仁淀川町国民健康保険 仁淀診療所
所在地	高知県吾川郡仁淀川町森 2577-3
診療科目	内科・消化器科・外科 他
電話番号	0889-32-1125

## 19. 相談・苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については次の窓口で対応します。

当事業所お客様相談窓口	責 任 者	田村 隆臣
	対 応 時 間	月曜日～金曜日(年末年始を除く) 午前8時30分～午後5時30分
	電 話 番 号	0889-32-1500
	F A X 番 号	0889-32-1502

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申立てができます。

仁 淀 川 町 役 場	医 療 保 険 課 介 護 保 険 係	所 在 地	仁淀川町大崎 200
		対 応 時 間	午前8時30分～午後5時15分
		電 話 番 号	0889-35-1080
		F A X 番 号	0889-35-0228
	池 川 総 合 支 所 池 川 地 域 課 福 祉 係	所 在 地	仁淀川町土居甲 916-3
		対 応 時 間	午前8時30分～午後5時15分
		電 話 番 号	0889-34-2112
		F A X 番 号	0889-34-2687
	仁 淀 総 合 支 所 仁 淀 地 域 課 福 祉 係	所 在 地	仁淀川町森 2552-1
		対 応 時 間	午前8時30分～午後5時15分
		電 話 番 号	0889-32-1132
		F A X 番 号	0889-32-1100
高知県社会福祉協議会	所 在 地	高知市朝倉戊 375-1	
	対 応 時 間	午前8時30分～午後5時	
	電 話 番 号	088-844-9007	
	F A X 番 号	088-844-9411	
高知県国民健康保険 団体連合会(国保連)	所 在 地	高知市丸の内 2-6-5	
	対 応 時 間	午前8時30分～午後5時15分	
	電 話 番 号	088-820-8410・8411	
	F A X 番 号	088-820-8413	

