

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

共生型生活介護事業

(令和 7 年 6 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
事業所の種類	共生型生活介護事業所
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 3912404211 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、当該事業所の支給決定を受けた利用者に対し、適正な共生型生活介護を提供することを目的とする。
事業の運営方針	(1) 事業所は、利用者が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活または社会生活を営むことができるよう、必要な共生型生活介護の提供その他の便宜を適切かつ効果的にサービスを提供します。 (2) 事業所は、利用者の意思決定の支援に配慮するとともに、意志及び人格を尊重し、常に利用者の立場に共生型生活介護を提供するよう努めるものとする。 (3) 事業所は、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、利用者の所在する市町村、他の指定障害福祉サービス事業所、指定相談支援事業所、その他福祉サービスまたは保険医療サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。

3. 営業日及び営業時間

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
調理員	1 名以上	調理全般	

5. 当事業所が提供するサービス内容と利用料金

当事業所では、利用者について解決すべき課題と意向を把握し、利用者の意向を踏まえたうえで、生活介護事業の目標及びその達成時期、サービスの内容、サービスを提供するうえでの留意点等を盛り込んだ「個別支援計画」を作成します。

「個別支援計画」は、利用者や家族に事前に説明し、同意をいただくとともに、写しを利用者に交付し、定期的に見直すほか、必要に応じて見直します。また、利用者の申し出により、いつでも見直すことができます。

(1) サービスの内容

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、食材料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) サービス利用料金

共生型生活介護サービスを利用する場合は、1 回あたり下記の自己負担額(サービス費の 1 割分)をお支払いいただきます。なお、定率負担または利用者負担額の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

【基本サービス単位数表】

	単位数
共生型生活介護サービス(Ⅰ)	697 単位/日

【加算単位数表】

種 類	単位数	内 容
初期加算	30 単位/日	利用開始から 30 日以内の期間について算定。
入浴加算	80 単位/日	医療的なケアが必要な者等への入浴の支援を行う。
食事提供体制加算	30 単位/日	食事の提供をした場合 1 日につき算定。 (加算対象者に該当する場合のみ)
利用者負担上限額管理加算	150 単位/月	利用者負担上限額管理加算を行った場合。
欠席時対応加算	94 単位/回	利用を予定していた日に、急病等によりその利用を中止した場合、以下の条件を満たした場合、1 月に 4 回を限度として算定。 ① 中止した日の前々日・前日・当日に連絡があった場合。 ② 電話等により利用者様の状況を確認し、相談援助を行い、内容を記録する場合。
福祉・介護職員等 処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数 × 6.7%	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)

利用者負担額(契約書第 5 条参照)

サービスの利用に対しては、通常 9 割が介護給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費を代理受領する場合には、利用者は、利用者負担分としてサービス料金の 1 割(定率負担)を事業者にお支払いいただきます。個別減免が適用される場合には、減免後の金額となります。お住まいの市町村より減額・免除等の決定通知がありますので御確認ください。

<利用者負担額の上限管理について>

- 介護給付費対象のサービスの利用者負担額は上限が定められています。
- ご家族等のご希望により、当事業所を利用者負担の上限管理者に選任される場合には、サービス利用開始の際にその旨をお申し出ください。

<償還払い>

- 事業者が介護給付費額の代理受領を行わない場合は、介護給付費基準額の全額を一旦お支払いいただきます。この場合、利用者に「サービス提供証明書」を交付します。(「サービス提供証明書」と「領収書」を添えてお住まいの市町村に申請すると介護給付費が支給されます)

(3) サービス利用にかかる実費負担額(契約書第 5 条参照)

サービス提供に要する下記の費用は、介護給付費支給の対象ではありませんので、実費をいただきます。

種 類	利用料金	内 容
食費	600 円	うち食材料費 300 円 (食事提供体制加算対象の方は食材料費 300 円のみお支払いいただきます。)
入浴代	400 円	
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。

6. 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 3 日前までにご連絡ください。

利用予定日の前々日～当日のキャンセルの場合は、次のキャンセル料を頂くことになりますのでご了承ください。

キャンセル時期	キャンセル料
ご利用予定日の 3 日前までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用予定日の前々日～当日までにご連絡がなかった場合	欠席時対応加算

7. 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	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。 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します。
守秘義務等	① 事業者及びサービス従事者は、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。 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します。 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します。
サービス従事者の禁止行為	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 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 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

8. サービス利用にあたっての留意事項

施設の利用	(1) 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。 (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。 (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。
その他	(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。 (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。 (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。
送迎や書類続き等で居宅訪問時	(1) お茶やお菓子など、お心付けなどは一切ご不要です。 (2) 送迎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。 (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。 (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。 (5) サービス利用中の喫煙はご遠慮ください。
受給者証の確認	「住所」及び「利用者負担額」、「支給量」など「受給者証」の記載内容に変更があった場合は速やかに職員に知らせて下さい。また、職員が「受給者証」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

9. 運営についての留意事項

- (1) 従業員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ぬくも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。
- (3) 事業所は適切な当該サービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であつて業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業員の就業環境が害される事を防止するため、必要な措置を講じるものとする。

10. 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) 従業員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。

11. 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事があります。

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。

12. 事故発生時の対応

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相談支援事業所の相談支援専門員等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。

13. 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。

14. 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。

15. 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。

16. 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		

17. 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

18. 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

19. 当社の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	有限会社 めくもり介護センターおおの
代 表 者 氏 名	代表取締役 大野 芳子
所 在 地 ・ 電 話	高知県吾川郡仁淀川町森3675番地 電話 0889-20-2777
事 業 内 容	1. 居宅介護支援事業（めくもり介護センターおおの） 2. 訪問介護事業（めくもり介護センターおおの） 3. 第1号訪問事業（めくもり介護センターおおの） 4. 地域密着型通所介護事業（仁淀川町デイサービスセンターひなた荘） 5. 第1号通所事業（仁淀川町デイサービスセンターひなた荘） 6. 障害福祉サービス事業（めくもり介護センターおおの） 7. 認知症対応型共同生活介護事業（めくもりの家） 8. 介護予防認知症対応型共同生活介護事業（めくもりの家） 9. 認知症対応型共同生活介護事業（ひだまりの家） 10. 介護予防認知症対応型共同生活介護事業（ひだまりの家） 11. 障害者等日中一時支援事業（仁淀川町デイサービスセンターひなた荘） 12. 基準該当短期入所生活介護事業 （仁淀川町基準該当短期入所生活介護ひなた荘） 13. 基準該当介護予防短期入所生活介護事業 （仁淀川町基準該当短期入所生活介護ひなた荘） 14. 共生型生活介護事業（仁淀川町デイサービスセンターひなた荘）

【説明確認欄】

令和 年 月 日

共生型生活介護事業の契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者	所在地	高知県吾川郡仁淀川町森3675番地
	事業者名	有限会社 めくもり介護センターおおの
	事業所名	仁淀川町デイサービスセンターひなた荘
	管理者	田村 隆臣
	説明者	_____ (印)

共生型生活介護事業の契約の締結にあたり、上記の通り説明を受けました。

利用者	住所	_____ 高知県吾川郡仁淀川町
	氏名	_____ (印)
(代筆者)	住所	_____
	氏名	_____ (印)
	本人との続柄	_____