通所介護及び指定相当通所型サービス重要事項説明書　〔令和８年６月１日現在〕

当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口
電話　（０８５５－２５－８８０１）
担当　生活相談員　／管理者　横田　千佐
ご不明な点は、何でもおたずねください。

１　事業の目的及び運営方針

要介護状態等にある高齢者に対し、適正な通所介護及び指定相当通所型サービスを提供することを目的とし、要介護者等が可能な限り居宅において日常生活が営めるよう必要な援助を行い、機能訓練をすることで心身機能の維持回復を目指すものとする。

（1）事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	デイサービス　心の里　はるにれ
所在地	島根県浜田市三隅町三隅３８２番地１
介護保険指定番号	通所介護事業及び指定相当通所型サービス　（島根県　3270701117　号）
通常のサービス提供地域	浜田市三隅町　※こちらの地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

（2）営業時間

月　～　土	８：３０　～　１７：３０

（12 月 31 日～1 月 3 日除く）

（3）サービス提供時間

サービス提供単位１	月　～　金	９：２０　～　１６：２５
サービス提供単位２	土	９：２０　～　１６：２５

（12 月 31 日～1 月 3 日除く）

（4）利用定員
単位１：３０名　　単位２：２０名

（5）職員体制

	業務内容	員数
管理者	従業者および業務の管理	１名（常勤兼務）
生活相談員	利用者の生活の向上を図る為、適切な相談と援助	提供日ごとにサービス提供時間を通じて１名以上
看護師	健康状態の確認	単位ごとに１名以上
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練	２名以上
介護職員	日常生活上の援助	単位１：４名以上、単位２：２名以上

２　サービス内容

通所介護計画及び指定相当通所型サービス計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、その他必要な介護等を行います。

３　利用料金

（1）　利用料（通所介護費）／回　（単位１・２利用時）

要介護状態区分	自己負担額（１割の方）	自己負担額（２割の方）	自己負担額（３割の方）
要介護１	658 円	1,316 円	1,974 円
要介護２	777 円	1,554 円	2,331 円
要介護３	900 円	1,800 円	2,700 円
要介護４	1,023 円	2,046 円	3,096 円
要介護５	1,148 円	2,296 円	3,444 円
個別機能訓練加算Ⅰイ	56 円	112 円	168 円
個別機能訓練加算Ⅰロ	76 円	152 円	228 円
個別機能訓練加算Ⅱ	（月に１回）　20 円	（月に１回）　40 円	（月に１回）　60 円
入浴介助加算Ⅰ	40 円	80 円	120 円
入浴介助加算Ⅱ	55 円	110 円	165 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 円	44 円	66 円

サービス提供体制強化加算Ⅱ	18円	36円	54円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6円	12円	18円
科学的介護推進体制加算	(月に1回) 40円	(月に1回) 80円	(月に1回) 120円
中重度者ケア体制加算	45円	90円	135円
ADL維持等加算Ⅰ	(月に1回) 30円	(月に1回) 60円	(月に1回) 90円
ADL維持等加算Ⅱ	(月に1回) 60円	(月に1回) 120円	(月に1回) 180円
認知症加算	60円	120円	180円
栄養アセスメント加算	(月に1回) 50円	(月に1回) 100円	(月に1回) 150円
栄養改善加算	(月2回限度) 200円	(月2回限度) 400円	(月2回限度) 600円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	(6月に1回を限度)20円	(6月に1回を限度)40円	(6月に1回を限度)60円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	(6月に1回を限度) 5円	(6月に1回を限度)10円	(6月に1回を限度)15円
口腔機能向上加算Ⅰ	(月2回限度) 150円	(月2回限度) 300円	(月2回限度) 450円
口腔機能向上加算Ⅱ	(月2回限度) 160円	(月2回限度) 320円	(月2回限度) 480円
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ	毎月算定負担額の12.0%		

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。

同一建物に居住される方が利用された場合、－９４円となります。

事業者が送迎を行わない場合、片道－４７円となります。

（2） 利用料（指定相当通所型サービス）／月

要介護状態区分		自己負担額(1割の方)	自己負担額(2割の方)	自己負担額(3割の方)
週1回程度	事業対象者・要支援1・要支援2	1,798円	3,596円	5,394円
週2回程度	事業対象者・要支援2	3,621円	7,242円	10,863円
一体的サービス提供加算		480円	960円	1,440円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	週1回程度・事業対象者・要支援1・要支援2	88円	176円	264円
	週2回程度・事業対象者・要支援2	176円	352円	528円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	週1回程度・事業対象者・要支援1・要支援2	72円	144円	216円
	週2回程度・事業対象者・要支援2	144円	288円	432円
サービス提供体制強化加算Ⅲ	週1回程度・事業対象者・要支援1・要支援2	24円	48円	72円
	週2回程度・事業対象者・要支援2	48円	96円	144円
科学的介護推進体制加算		40円	80円	120円
栄養アセスメント加算		50円	100円	150円
栄養改善加算		200円	400円	600円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	6月に1回を限度	20円	40円	60円
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	6月に1回を限度	5円	10円	15円
口腔機能向上加算Ⅰ		150円	300円	450円
口腔機能向上加算Ⅱ		160円	320円	480円
介護職員等処遇改善加算Ⅰロ		毎月算定負担額の12.0%		

事業者が送迎を行わない場合、片道－４７円となります。

○自費をいただくもの（介護保険適用外）

食　費	７００円
おやつ代のみの場合	１００円
レクリエーション材料費	実費
オムツ	実費
複写物	２０円

（4）キャンセル料金

①利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。（指定相当通所型サービスの方は必要ありません。）キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

（連絡先：デイサービス　心の里　はるにれ　　電話０８５５－２５－８８０１

①　ご利用日の前営業日の１７時までにご連絡いただいた場合	無料
②　ご利用日の前営業日の１７時までにご連絡がなかった場合	デイサービス利用料の１０％

②利用者のご都合でサービスを中止する場合、食費・おやつ代のキャンセル料を頂きます。前日の１７時までにご

連絡いただいた場合は、キャンセル料は徴収いたしません。

① サービス提供時間(９：２０～１６：２５)ご利用の方	昼食代(おやつ代込)：７００円
② サービス提供時間(１３：２０～１６：２５)ご利用の方	おやつ代：１００円

（5）料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月１０日頃に当月分の料金を請求いたしますので、末日までにお支払いください。お支払い方法は、銀行振込または、自動振替または、現金にてお支払いください。

4　サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。事業所職員がお伺いいたします。契約を結びサービス提供を開始します。

※居宅サービス計画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。

（2）サービスの終了

① 利用者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。

② 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ヶ月までに文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

- 利用者が介護保険施設に入所した場合
- 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合
- 利用者が亡くなられた場合

その他

- 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、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または事業所が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- 利用者が、サービス利用料金の支払いを２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１４日以内に支払わない場合、または利用者やご家族の方などが、事業所や当事業所の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、事業所より文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- 風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます
- 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。
- 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。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- 他の利用者の健康に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、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

5　ハラスメント行為について

利用者又は家族から以下のような行為があり、ハラスメントと該当するとみなされる場合は契約を解除致します。

- 身体的暴力又は乱暴な言動、無理な要求（物を投げつける、刃物をむける、蹴られる、サービス提供中の喫煙等）
- セクシュアルハラスメント（体を触る、手を握る、性的な卑猥な言動等）
- 精神的な暴力行為（怒鳴る、特定の職員に嫌がらせをする等）
- その他（個人の携帯番号を聞く、ストーカー行為等）

6　緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

7　事故発生時の対応方法

サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、利用者のご家族、利用者に係わる居宅介護支援事業者（総合事業にあっては地域包括支援センター）等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。

8　非常災害対策

事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出等訓練を行います。

9　衛生管理等

（1）事業所は、利用者の使用する施設、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るとともに、衛生上必要な措置を講ずるものとします。

（2）事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講ずるものとします。

①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとします。）をおおむね６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図ります。

②事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。

③事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

１０　虐待の防止・対応

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとします。

①虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

②虐待防止のための指針を整備します。

③従業者に対し虐待を防止するための定期的な研修の実施します。

④前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置をします。

１１　業務継続計画の策定等

（1）事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。

（2）事業所は、従業者に対し業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

（3）事業所は、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うものとします。

１２　身体拘束の適正化等

事業所は利用者お一人お一人の尊厳に基づき、安心・安全が確保されるように身体的・精神的に影響を招く恐れのある身体拘束は、緊急やむを得ない場合を除き原則として実施いたしません。やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。また次の取り組みを継続的に実施し、身体拘束適正化のため体制を維持・強化します。

①身体拘束適正化を目指す為の取り組み等の確認・改善を検討する委員会を定期的に開催し、従業者に周知徹底を図ります。

②身体拘束適正化のための指針を整備します。

③従業者に対し身体拘束適正化のための研修を実施します。

④前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置をします。

１３　個人情報保護及び秘密の保持

事業所の職員は、職務上知り得た利用者及びその家族の個人情報について、「個人情報の取り扱いについて」を遵守し適切な取り扱いに努め、また、知り得た秘密については在職中はもちろん退職後も漏らすことはしません。

１４　サービス内容に関する苦情

- 利用者苦情相談窓口

苦情相談窓口担当	生活相談員
受付日	月曜日～土曜日（ただし12月31日から1月3日までを除く）
受付時間	９：００～１７：００

その他	電話	受付時間
浜田市　高齢障がい福祉課	0855-25-9320	8：30～17：15（土曜・日曜・祝日を除く）
浜田広域行政組合　介護保険課	0855-25-1520	8：30～17：15（土曜・日曜・祝日を除く）
島根県　国民健康保険連合会	0852-21-2811	9：00～17：00（土曜・日曜・祝日を除く）

１５　利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況			あり
第三者による評価の実施状況	なし	結果の公表	なし

【 会社の概要 】

社名　　テライ・メディカルサポート株式会社
設立　　平成２３年４月
所在地　　島根県浜田市三隅町三隅３８２番地１
代表者　　代表取締役　　寺井　麻実子

【事業所の概要 】

事業所の名称　　デイサービス　心の里　はるにれ
事業所の所在地　島根県浜田市三隅町三隅３８２番地１
連絡先　　電話　０８５５－２５－８８０１　　FAX　０８５５－３２－４００８
管理者氏名　　横田　千佐
開設年月日　　平成２６年５月１２日

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、通所介護及び指定相当通所型サービスの提供開始に同意します。

令和　　年　　月　　日

【利 用 者】

住　　所

氏　　名　　印

【家 族 等】　　続柄

住　　所

氏　　名　　印

通所介護及び指定相当通所型サービスのサービス提供にあたり、本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

【事 業 者】　テライ・メディカルサポート株式会社

代表取締役　寺井　麻実子

印

【事 業 所】　デイサービス　心の里　はるにれ

【説 明 者】　生活相談員　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿