

デイサービスセンターケアセンター宇品

重要事項及びサービス内容説明書

通所介護(通常規模型)・通所型サービス(独自)の提供開始にあたり、厚生労働省令第37号第8条に基づいて、当事業者が説明すべき重要事項及びサービス内容は以下のとおりです。

1.事業主体概要

2025年12月1日更新

事業主体名	株式会社 ビー・スマイル
法人の種類	株式会社
代表者名	代表取締役 秋田 成人
所在地	広島市南区宇品神田二丁目9番4号
資本金(出損金)	75,000千円
法人の理念	<ul style="list-style-type: none">・個人の自由尊重と個性発揮の機会創出、プライバシーの尊重・お一人おひとりに合わせた生活のお手伝いを通じた、元気創造と喜楽追求・身体介護だけではなく「ご利用者の生活と心」の重視・ご家族の生活も視野に入れた家庭応援
他の介護保険関連の事業	<ul style="list-style-type: none">・認知症対応型グループホーム 3ユニット 定員 27名・居宅介護支援事業

2.ご利用の事業所

事業所の名称	デイサービスセンターケアセンター宇品
事業所の所在地	広島市南区宇品神田二丁目9番4号 〈電話〉082-250-8351 (FAX)082-250-8352
管理者の氏名	堀江律子
指定事業番号	広島県指定第 3470102991 号
開設年月日	2002年8月1日
交通の便	広島電鉄電車停留所(宇品2丁目)より徒歩3分、JR広島駅より、タクシーにて15分
敷地概要(権利関係)	608.25 m ² (184.00坪) 借地
建物概要(権利関係)	構造1 壁式RC造 地上4階 延床面積1 1163.72 m ² 社屋
デイルームの概要	食堂及び機能訓練室(共用)、静養室(共用)、相談室(共用)、浴室(共用)

3.職員体制

職員の職種	員数	常勤		非常勤		保有資格	備考
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1	1				介護福祉士	
生活相談員	2	1	1			介護福祉士2名	内1名管理者兼介護従事者兼務
看護職	3				3	看護師2名 准看護師1名	機能訓練指導員兼務
介護従事者	7		1	6		介護福祉士・介護職員初任者研修修了	内1名生活相談員兼務
栄養士	1	1				管理栄養士	
調理員	2			2			

4.通常の事業の実施地域

実施地域	広島市中区、南区の区域
------	-------------

5.事業の目的と運営の方針

事業の目的	介護保険法の定めるところにより、ご契約者(利用者)が可能な限りその居宅において、豊かでかつその能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援すると共に、ご家族の心身の負担軽減を図ることを目的とします。
施設運営の方針	運営及びサービスの提供にあたっては、介護保険法並びに関係する厚生労働省令、告示の趣旨及び内容に適合することはもとより、次のことを基本方針とします。 (1)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、個別の通所介護計画(以下、「サービス計画」という)を作成することにより、利用者が必要とする日常生活上の援助及び機能訓練を行います。 (2)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利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。 (3)利用者及びその家族(以下「利用者等」という)の自己決定を尊重し選択利用に必要な情報を適切に提供し、意向に沿ったサービスの提供に努めます。 (4)正当な理由なくサービスの提供を拒まず、またサービス提供にあたっては居宅介護支援事業者及び福祉、保健、医療や公私のサービスと連携し効果的なサービスに努めます。

6. 営業日時

営業日	原則、月曜日から土曜日(祝日も営業)。ただし、12月30日から1月4日までを除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで。
サービス提供時間	午前9時30分から午後4時35分まで。 ※台風、積雪等により営業を取りやめたり営業時間を変更することがあります。

7. 提供するサービスの内容

(1) サービス内容

サービス内容	提 供 方 針
送迎	リフト車両などを使い、玄関から玄関を原則にして、送迎いたします。
家族との情報交換	送迎時(家族送迎の場合は受け入れ時)に当日のサービス実施上、事業者が承知しておくべき事項(健康状態など)について、ご家族などから情報の提供、連絡をしていただきます。
健康チェック (血圧、脈拍、体温)	看護師により、その日の健康状態をチェックいたします。健康状態に異常がある場合は主治医の指示、助言を受けご家族とご相談して対処いたします。
入浴	希望者で健康状態に異常が認められない方について、入浴サービスを提供します。衣服の着脱や洗身など自分で出来ない部分は、スタッフが援助いたします。
個別機能訓練・運動能力向上	個別の機能訓練または運動能力向上計画を策定し、これに基づきサービス提供いたします。
昼食	栄養士によりバランスのとれた献立を作成いたします。また、利用者に合った柔らかさや味付けに配慮し、バラエティに富んだ食事を提供いたします。
口腔機能改善	食前の口腔体操や食後の口腔ケアのサービスを提供いたします。
休憩、午睡	昼食後、午睡など休憩をとります。
アクティビティ	グループ単位又は個別でいろいろなレクリエーションや創作活動を取り入れ、楽しんでいただきます。
ティータイム	湯茶等を楽しみながら歓談休憩いただきます。
相談	ご本人、ご家族の相談に応じます。
連絡調整	サービス上必要に応じて居宅介護支援所をはじめ関係サービス事業所などとの連絡調整をいたします。

(2) 通所介護計画

- ①当事業所では、利用者の心身の状況やご希望、環境を踏まえて、運動機能訓練や口腔機能改善などの目標やそれを達成するための具体的なサービス内容を記載した通所介護計画を作成いたします。
- ②通所介護計画は、居宅サービス計画が作成されている場合は、それに沿って作成し交付いたします。

(3) 安全、衛生

サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全、衛生に常に注意します。

8. ご利用に際しての留意事項

- (1)サービスの開始にあたって当事業所の従事者が予め承知しておくべき心身の状態や主治医からの注意事項、日常生活上利用者などが注意していることなど漏れなく知らせていただくこと。
- (2)利用当日は送迎時等に健康状態など従事者がその日のサービスにあたって承知しておくべきことを漏れなく知らせていただくこと。
- (3)他の利用者に感染する恐れのある疾患等がある場合は、当日の利用を中止していただくこと。
- (4)利用日以降、感染の可能性がある疾患に罹患していることが判明した場合は、速やかに当事業所に連絡していただくこと。
- (5)他の利用者の迷惑になるような言動があり、他の利用者が耐えがたく従事者が工夫、努力しても如何ともしがたい場合は利用を中止していただくこと。
- (6)利用日に休む場合は早めに(体調不良等やむを得ない場合を除き、少なくとも3日前まで)連絡していただくこと。

9. 提供するサービス料金と利用料

(1) 介護費用

利用料の額は、介護報酬告示の額とし、その各自己負担分(1割・2割・3割)となります。告示に基づく要介護度別の単位は次のとおりです。なお、下記金額に地域加算額(1045/1000)が割増になります。

① 通所介護

提供時間 … 7時間以上 8時間未満

要介護区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数	658	777	900	1023	1148

② 通所型サービス(独自)

要介護区分	要支援1(週1回程度)	要支援2(週2回程度)
単位数	1,798/月	
要介護区分	要支援2(週1回程度)	要支援2(週2回程度)
単位数	1,798/月	3,621/月

(2)加算費用

以下の加算サービスを受けた場合は、それぞれの単位を加算した合計額の1割が自己負担となります。

①通所介護

加算	単位数
入浴加算	40 単位/回
個別機能訓練加算Ⅰ	56 単位/回
サービス提供体制加算Ⅲ	①6 単位/回
介護職員処遇改善加算Ⅱ	所定単位数 × 9%

②通所型サービス(独自)

加算	単位数
サービス提供体制加算Ⅲ	要支援1 24 単位/月
上記加算、要支援2の方	週1回: 24 単位/月 週2回: 48 単位/月
介護職員処遇改善加算Ⅱ	所定単位数 × 9%

(注1)…①は、介護福祉士が40%以上配置されていること

(4)その他の費用

次の料金は介護保険適用外として自己負担となります。

①食材料費及び調理費

昼食の材料費および調理費として、1食当たり600円を実費負担していただきます。キャンセルの場合は、当日朝8:30までにご連絡ください。ご連絡がない場合には当日の食費をいただくことがあります。

②交通費

通常の実施地域を越えた送迎費用。実施地域を越えた地点から路程1km当たり20円を実費として徴収します。

③おむつ代

利用時に必要となるおむつについては、持参いただくか実費負担となります。

④その他の原材料費(製作材料費等)

製作材料費を必要とする創作活動を希望される場合は、材料費の実費負担していただきます。

⑤介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額を実費負担していただきます。

これらの費用の支払を受ける場合には、利用者に対して事前に文書で説明し、支払いに同意する旨の文書に署名又は記名押印をしていただきます。

10.利用料の支払方法

(1)利用料、その他の費用の請求について

①利用料、その他の費用はサービスの提供月毎の合計金額により請求いたします。

②請求書は、利用月の翌月15日までに利用料等の内訳を記載した利用料請求書を作成し、送迎時にお渡しします。郵送など、その他の方法をご希望の場合は、お申し出下さい。

(2)利用料、その他の費用の支払いについて

①請求月の25日までに、次のいずれかの方法でお支払ください。

- ・送迎時に現金でお支払いください
- ・当事業所の預金口座にお振込みください
- ・当事業所にご持参ください

(3)介護保険法令に基づいて、保険給付を償還払い(いったん利用者が利用料の全額を支払い、その後市町村から9割分の払戻を受ける方法)の方法をご希望の場合は、お申し出下さい。

11.保険給付請求のための証明書の交付

(1)法定代理受領サービスに該当しない通所介護サービスを提供した場合において、利用者から利用料の支払いを受けたときは、利用者に対して、サービス提供証明書を交付します。サービス提供証明書には、提供した通所介護サービスの種類、内容、利用単位、費用等を記載します。

12.サービスの終了

(1)利用者のご都合により終了する場合

通所介護の終了を希望する日の1週間前までにお申し出ください。

(2)自動的に終了する場合

- ①利用者が介護保険施設に入所された場合
- ②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
- ③利用者がお亡くなりになられた場合
- ④長期入院等で1年以上にわたって通所介護の利用がない場合

13.苦情等申立先

お客様相談室	窓口担当)生活相談員 増田 美愛渚
ご意見箱	玄関にお客様ご意見箱を設置しております。

※ 苦情が発生した場合には、直ちに苦情処理委員会(施設長、部門長、リーダー)を召集し対応いたします。

詳細な「苦情を処理するための講ずる措置」については、別添資料をご参照ください。

なお、下記においても受け付けております。

広島市役所福祉課高齢介護係	082-504-2183	ご利用時間 平日の午前8時30分～午後5時
南区役所健康長寿課介護保険係	082-250-4139	ご利用時間 平日の午前8時30分～午後5時
国民健康保険団体連合会	082-554-0783	ご利用時間 平日の午前8時30分～午後5時15分

14.事故発生時の対応

万一、事故が発生した際には、ご家族、広島市および居宅介護支援事業所等関係者に対し速やかに連絡を取るとともに、必要に応じて主治医、協力医療機関の協力を得るなど適切に対応いたします。なお、損害賠償責任保険につきましては、あいおいニッセイ同和損害保険(株)の損害賠償保険に加入しております。

15.非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「ケアセンター宇品」防災計画に則り対応いたします。		
近隣との協力関係	非常連絡網により、関係機関に連絡をするとともに、近隣の施設を避難場所として使用させていただきます。		
平常時の訓練等	「ケアセンター宇品」防災計画に則り、年2回以上昼間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。		
防犯防災設備 避難設備等の概要	設備名称	個数等	設備名称
	非常階段	あり	非常照明設備
	自動火災報知器	あり	漏電通報装置
	誘導等	あり	非常通報装置
	非常用進入口	あり	消火器
	スプリンクラー	あり	
損害賠償責任保険加入先	あいおいニッセイ同和損害保険(株)		

16.利用者等の虐待の防止のための措置

当事業所が利用者等の虐待の防止のために次のような措置を講じております。

- ①組織運営の健全化 ②従業者の負担やストレスへの対応 ③チームアプローチ、従業員間の連携 ④職業倫理、法令遵守の意識の啓発 ⑤ケアの質の向上 ⑥家族等の介護者の高齢者虐待の理解促進のための支援や啓発活動の実施 ⑦虐待が疑われる事例を発見した場合の市町村等関係機関への報告

17.その他

(1)利用契約者について

- ①当事業所利用者希望者との間に利用契約を行うにあたっては本『重要事項及びサービス内容説明書』の説明を行い、その内容を了解した場合に書面をもって行います。
- ②認知症性高齢者等、意思能力に問題がある場合は、成年後見人制度を利用するか、またその程度にいたらない利用者の場合も契約の理解に難がある場合は、家族や地域福祉権利擁護制度の「生活支援員」等の立ち会いを求めることがあります。

上記の内容について、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」第8条の規定に基づき利用者に対する説明を行いました。

年 月 日

(事業者) 事業所名 デイサービスセンターケアセンター宇品
住 所 広島市南区宇品神田二丁目9番4号
代表者名 代表取締役 秋田 成人
説明者名 管理者 小竹 真 印

私は、本書面により、事業者から通所介護サービスについての重要事項の説明を受け、これに同意します。

(利 用 者) 住 所

氏 名

印

(身元引受人) 住 所

(利用者代理人) 氏 名

印