

【地域密着型通所介護重要事項説明書】

令和 2026 年 7 月 1 日 現在

1 事業者の概要

法人名	株式会社HITOWA
代表者氏名	須原 清貴
法人所在地	東京都港区港南二丁目15番3号
電話番号	03-6632-7702
設立年月日	平成9年2月1日

2 事業所の概要

事業所名称	イリーゼ川越南古谷デイサービスセンター		
事業所の所在地	〒 3 5 0 - 0 0 1 8		
	埼玉県川越市藤木町36番地2		
事業所の電話番号	049-230-1017		
管理者			
指定事業所番号	川越市指定	(第	号)
指定年月日	令和	8 年	3 月 1 日
利用定員	1単位目＝15名 2単位目＝3名 3単位目＝3名 ※通所型サービス利用者含む。		
併設サービス	サービス種類		事業所名称
	サービス種類		事業所名称
	サービス種類		事業所名称

3 事業の目的及び運営の方針

目的	当事業所は、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、事業所ごとに置くべき従事者（以下「通所介護従事者」という。）が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護を提供することを目的とします。
運営方針	① 介護職員等は、要介護状態等の心身の特徴を踏まえて、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および機能訓練等の介護、その他必要な援助を行います。 ② 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、地域住民やボランティア、その他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供と地域との交流に努めるものとします。

4 事業実施地域及び営業時間

通常の事業の実施地域	川越市
営業日	月曜日～土曜日 ただし12月31日～1月3日は休業日
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	1単位目：8時30分～17時30分
	2単位目：8時30分～13時00分
	3単位目：13時00分～17時30分

5 事業所の職員体制

- (1) 管理者 1 名

管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従事者に事業に関する法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。

- (2) 生活相談員 1 名以上

生活相談員は利用者及び家族等からの相談に応じ、職員に対する技術指導、事業計画の作成、関係機関との連絡調整等を行う。

- (3) 看護職員 名以上

看護職員は、利用者の日々の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護を行う。

- (4) 介護職員 名以上

介護職員は、利用者の入浴、給食等の介助及び援助を行う。

- (5) 機能訓練指導員 名以上

機能訓練指導員は、機能の減退を防止するための訓練を行う。

6 サービス提供方法、内容

指定通所介護の内容は、居宅サービス計画に基づいてサービスを行うものとし、次に掲げるサービスから利用者が選定したサービスを提供いたします。

- ① 身体介護に関すること

日常生活動作能力の程度により、必要な支援及びサービスを提供する排泄の介助、移動・移乗の介助、養護、その他必要な身体の介護を行います。

- ② 入浴に関すること

家庭において入浴することが困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを提供する衣類着脱の介護、身体の清拭、整髪、洗身、その他必要な入浴の介助を行います。

③ 食事に関すること

給食を希望する利用者に対して、必要な食事のサービスを提供する配膳下膳の介助、食事摂取の介助、その他必要な食事の介助を行います。

④ 機能訓練に関すること

体力や機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本的動作を獲得するための訓練を行います。

⑤ アクティビティ・サービスに関すること

利用者が、生きがいのある快適で豊かな日常生活を送ることができるよう、アクティビティ・サービスを実施します。これらの活動を通じて仲間づくり、老いや障害の受容、心身機能の維持・向上、自信の回復や情緒安定を図るレクリエーション、音楽活動、制作活動、行事的活動、体操を行います。

⑥ 送迎に関すること

送迎を必要とする利用者に対し送迎サービスを提供する。送迎車両には通所介護従事者が添乗し送迎、移動、移乗動作の介助等必要な介護を行います。

また、必要に応じて他の介護事業所や障害福祉サービス事業書の利用者と同乗することがあります。

⑦ 相談・助言に関すること

利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談および助言を行います。

7 指定居宅介護支援事業者との連携等

- (1) 指定通所介護の提供にあたっては、利用者にかかる指定居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、そのおかれている環境、他の保健・医療・福祉サービスの利用状況等の把握に努めます。
- (2) 利用者の生活状況の変化、サービス利用方法・内容の変更希望があった場合、当該利用者担当の指定居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、綿密な連携に努めます。
- (3) 正当な理由なく指定通所介護の提供を拒みません。ただし、通常の事業実施地域等を勘案し、利用希望者に対して通所介護の提供が困難と認めた場合、当該利用者にかかる指定居宅介護支援事業者等と連携し、必要な措置を講じます。

8 個別サービス計画の作成等

- (1) 指定地域密着型通所介護の提供を開始する際には、利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている状況並びに家族等介護者の状況を十分に把握し、個別サービス計画を作成します。また、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、その内容に沿った個別サービス計画を作成します。
- (2) 個別サービス計画の作成・変更の際には、利用者又は家族に対し、当該計画の内容を説明し、同意を得ます。
- (3) 利用者に対し、個別サービス計画に基づいて各種サービスを提供するとともに、継続的なサービスの管理、評価を行います。

9 利用料金

(1) 料金表

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、負担割合に応じて徴収させていただきます。
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。

サービス種類： 地域密着型通所介護

法定代理受領の場合は下記金額の1割から3割(但し介護保険負担割合証に準ずる)
(利用者負担の減免・公費負担等がある場合、その負担額による。)

【利用者負担額(基本料金)の算出方法】

単位数×地域区分別1単位の単価(円)=A(小数点以下切り捨て)

$A \times 0.9$ (※)=B(小数点以下切り捨て) ※自己負担割合1割の場合。自己負担割合2割の場合0.8、3割の場合0.7で計算

$A - B$ = 利用者負担額

※当該事業所の地域区分は下記のとおりです。

地域	地域区分	1単位あたりの 単価(円)
川越市	6級地	10.27

【通所介護費】

時間区分	介護度	単位数	利用料金			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
3時間以上 4時間未満	要介護1	416	4,272円	428円	855円	1,282円
	要介護2	478	4,909円	491円	982円	1,473円
	要介護3	540	5,545円	555円	1,109円	1,664円
	要介護4	600	6,162円	617円	1,233円	1,849円
	要介護5	663	6,809円	681円	1,362円	2,043円
4時間以上 5時間未満	要介護1	436	4,477円	448円	896円	1,344円
	要介護2	501	5,145円	515円	1,029円	1,544円
	要介護3	566	5,812円	582円	1,163円	1,744円
	要介護4	629	6,459円	646円	1,292円	1,938円
	要介護5	695	7,137円	714円	1,428円	2,142円
5時間以上 6時間未満	要介護1	657	6,747円	675円	1,350円	2,025円
	要介護2	776	7,969円	797円	1,594円	2,391円
	要介護3	896	9,201円	921円	1,841円	2,761円
	要介護4	1,013	10,403円	1,041円	2,081円	3,121円
	要介護5	1,134	11,646円	1,165円	2,330円	3,494円

6時間以上 7時間未満	要介護1	678	6,963円	697円	1,393円	2,089円
	要介護2	801	8,226円	823円	1,646円	2,468円
	要介護3	925	9,499円	950円	1,900円	2,850円
	要介護4	1,049	10,773円	1,078円	2,155円	3,232円
	要介護5	1,172	12,036円	1,204円	2,408円	3,611円
7時間以上 8時間未満	要介護1	753	7,733円	774円	1,547円	2,320円
	要介護2	890	9,140円	914円	1,828円	2,742円
	要介護3	1,032	10,598円	1,060円	2,120円	3,180円
	要介護4	1,172	12,036円	1,204円	2,408円	3,611円
	要介護5	1,312	13,474円	1,348円	2,695円	4,043円
8時間以上 9時間未満	要介護1	783	8,041円	805円	1,609円	2,413円
	要介護2	925	9,499円	950円	1,900円	2,850円
	要介護3	1,072	11,009円	1,101円	2,202円	3,303円
	要介護4	1,220	12,529円	1,253円	2,506円	3,759円
	要介護5	1,365	14,018円	1,402円	2,804円	4,206円

【加算】

算定 に☑	種類	算定方法	(単位数)	利用料金			
				10割	1割負担	2割負担	3割負担
☑	入浴介助加算(Ⅰ)	1日につき	40	410円	41円	82円	123円
☐	入浴介助加算(Ⅱ)	1日につき	55	564円	57円	113円	170円
☐	延長加算	9時間以上 10時間未満	50	513円	52円	103円	154円
		10時間以上 11時間未満	100	1,027円	103円	206円	309円
		11時間以上 12時間未満	150	1,540円	154円	308円	462円
		12時間以上 13時間未満	200	2,054円	206円	411円	617円
		13時間以上 14時間未満	250	2,567円	257円	514円	771円
☐	中重度者ケア 体制加算	1日につき	45	462円	47円	93円	139円

☐	生活機能向上 連携加算(Ⅰ)	3月に1回を限度とし て1月につき 但し、個別機能訓練 加算算定時は算定し ない	100	1,027円	103円	206円	309円
☐	生活機能向上 連携加算(Ⅱ)	1月につき	200	2,054円	206円	411円	617円
		個別機能訓練加算 を算定している場合1 月につき	100	1,027円	103円	206円	309円
☐	個別機能訓練 加算(Ⅰ)イ	1日につき 但し、(Ⅰ)口算定時 は算定不可	56	575円	58円	115円	173円
☒	個別機能訓練 加算(Ⅰ)ロ	1日につき 但し、(Ⅰ)イ算定時 は算定不可	76	780円	78円	156円	234円
☐	個別機能訓練 加算(Ⅱ)	1月につき	20	205円	21円	41円	62円
☐	ADL維持等 加算(Ⅰ)	1月につき	30	308円	31円	62円	93円
☐	ADL維持等 加算(Ⅱ)	1月につき	60	616円	62円	124円	185円
☐	認知症加算	1日につき	60	616円	62円	124円	185円
☐	若年性認知症 利用者受入加算	1日につき	60	616円	62円	124円	185円
☐	栄養アセスメント加 算	1月につき	50	513円	52円	103円	154円
☐	栄養改善加算	1回につき (月2回を限度)	200	2,054円	206円	411円	617円
☐	口腔・栄養スクリー ニング加算(Ⅰ)	1回につき (6月に1回を限度)	20	205円	21円	41円	62円
☐	口腔・栄養スクリー ニング加算(Ⅱ)	1回につき (6月に1回を限度)	5	51円	6円	11円	16円
☒	口腔機能向上 加算(Ⅰ)	1回につき (月2回を限度)	150	1,540円	154円	308円	462円
☐	口腔機能向上 加算(Ⅱ)	1回につき (月2回を限度)	160	1,643円	165円	329円	493円
☒	科学的介護推進体 制加算	1月につき	40	410円	41円	82円	123円

☐	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	1回につき	22	225円	23円	45円	68円
☐	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	1回につき	18	184円	19円	37円	56円
☒	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	1回につき	6	61円	7円	13円	19円
☐	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ	(介護報酬総単位数＋加算)×11.1%					
☐	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)ロ	(介護報酬総単位数＋加算)×12.0%					
☐	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)イ	(介護報酬総単位数＋加算)×10.9%					
☐	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)ロ	(介護報酬総単位数＋加算)×11.8%					
☐	介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	(介護報酬総単位数＋加算)×9.9%					
☐	介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	(介護報酬総単位数＋加算)×8.3%					

○ 入浴介助加算(Ⅰ)

- ・ 入浴介助を適切に行うことができる人員及び設備を有して行われること
- ・ 入浴介助に係る職員に対し、入浴介助に関する研修等を行うこと。

○ 入浴介助加算(Ⅱ)

- ・ 上記(Ⅰ)を満たしていること
- ・ 介護福祉士等若しくは介護支援専門員又は動作及び浴室の環境の評価を行うことができる者が利用者の居宅を訪問し、浴室における評価をしていること。居宅の浴室が入浴を行うことが難しい環境にある場合は、医師等が浴室環境整備に関わる助言を行うこと。
- ・ 事業所の機能訓練指導員等が共同して医師等の連携の下で訪問により把握した浴室環境等をふまえた個別の入浴計画を作成すること。
- ・ 上記の入浴計画に基づき、個浴又は利用者の居宅の状況に近い環境で入浴介助を行うこと。

○ 中重度者ケア体制加算

- ・ 厚生労働大臣が定める基準に適合し、中重度者を受け入れる体制を構築し通所介護を行った場合。

○ 生活機能向上連携加算(Ⅰ)

- ・ サービス提供責任者がリハビリテーション事業所、リハビリテーションを実施している医療施設の医師等の助言に基づき、身体状況等の評価及び個別機能訓練計画を作成していること。

○ 生活機能向上連携加算(Ⅱ)

- ・ リハビリテーション事業所、リハビリテーションを実施している医療施設の医師等が、通所介護を訪問し、機能訓練指導員等が共同して身体状況等の評価及び個別機能訓練計画の作成を行っていること。
- ・ 個別機能訓練計画に基づき、身体機能又は生活機能の向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が機能訓練を提供していること。
- ・ 身体状況等の評価に基づき、個別機能訓練計画の進捗状況进行评估し、利用者又は家族に内容と進捗状況を説明し、必要に応じて内容の見直し等を行っていること。

- 個別機能訓練加算(Ⅰ)イ
 - (1) 専ら機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等を1名以上配置し、機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問し生活意欲を確認した上で共同して個別機能訓練加算計画を作成していること。
 - (2) 個別機能訓練計画の作成及び実施において利用者の身体機能及び生活機能の向上に資するよう複数の機能訓練項目を準備し、利用者の生活意欲が増進されるよう利用者を援助すること。
 - (3) 3月ごとに1回利用者の居宅を訪問した上で生活状況を確認するとともに、個別機能訓練計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて個別機能訓練計画の見直し等を行うこと。
- 個別機能訓練加算(Ⅰ)ロ
 - ・ (Ⅰ)イの(1)(2)(3)のいずれにも適合すること。
 - ・ (Ⅰ)イの(1)により配置された理学療法士等に加え、配置時間の定めなしの専従の機能訓練指導員を1名以上配置すること。
- 個別機能訓練加算(Ⅱ)
 - ・ (Ⅰ)イ又は(Ⅰ)ロに適合すること。
 - ・ 利用者ごとの個別機能訓練計画の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施にあたり訓練の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。
- ADL維持等加算(Ⅰ)
 - イ 利用者等の総数が10人以上であること。
 - ロ 利用開始月とその翌月から起算して6月目において、Barthel Indexを適切に評価できるものがADL値を測定し、厚生労働省に提出していること。
 - ハ 利用開始月の翌月から起算して6月目に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除し、調整済ADL利得について評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が1以上であること。
- ADL維持等加算(Ⅱ)
 - ・ (Ⅰ)のイロを満たすこと。
 - ・ 評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が3以上であること。
- 認知症加算
 - ・ 介護職員又は看護職員を常勤換算法で2以上確保していること。
 - ・ 前年度利用者総数のうち、日常生活に支障をきたす恐れのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする認知症の者の占める割合が100分の15以上であること。
 - ・ 認知症介護の指導に関わる専門的な研修、認知症介護に関わる専門的な研修又は認知症介護に係る実践的な研修等を終了した者を1名以上配置。
 - ・ 従業者に対する認知症ケアに関する事例の検討や技術的指導に係る会議を定期的開催していること。
- 若年性認知症利用者受入加算
 - ・ 若年性認知症利用者ごとに個別に担当者を定め、そのものを中心に利用者の特定やニーズに応じたサービス提供を行うこと。
- 栄養アセスメント加算
 - ・ 事業所において管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合。
- 栄養改善加算
 - ・ 低栄養状態にある利用者又はそのおそれのある利用者に対して、低栄養状態を改善等を目的として個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身状態の維持又は向上に資すると認められるものを行った場合。
- 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅰ)
 - ・ 利用者の口腔の健康状態について確認を行い、利用者の口腔の健康状態に関する情報を介護支援専門員に提供していること。
- 口腔・栄養スクリーニング加算(Ⅱ)
 - ・ (Ⅰ)イの基準に適合すること。
- 口腔機能向上加算(Ⅰ)
 - ・ 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置。
 - ・ 利用者の口腔機能を利用開始時に確認し、多職種で共同し口腔機能改善管理指導計画を作成していること。
 - ・ 利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画に従い、言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員が口腔機能向上サービスを行っているとともに定期的に記録していること。
 - ・ 口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価すること。
- 口腔機能向上加算(Ⅱ)
 - ・ (Ⅰ)の基準のいずれにも適合すること。
 - ・ 口腔機能改善管理指導計画等の内容等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービスの実施に当たって、情報その他口腔衛生の管理実施のために必要な情報を活用していること。
- 科学的介護推進体制加算
 - ・ 利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の入所者の心身の状況等に係る基本的な情報を、厚生労働省に提出していること。
 - ・ 必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービスの提供に当たって、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用していること。
- 介護職員等処遇改善加算
 - ・ 厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施し、都道府県知事に届け出ている場合。

【減算】

種類	要件	算定方法	単位数又は減算率
同一建物減算	事業所と同一建物に居住若しくは同一建物から通う利用者にサービスを提供した場合	1日につき	94
送迎を行わない場合	利用者に対して、その居宅と事業所との間の送迎を行わない場合	片道につき	47
業務継続計画未策定事業所に対する減算	感染症や非常災害の業務継続計画未策定及び当該業務継続計画に従い必要な措置未実施時	当該状態が解消されるまで	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するために必要な措置未実施時	当該状態が解消されるまで	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算

【その他の料金】

種類	要件	単位	料金
食費	昼食代 ※ムース食の場合+150円(外税)	1食あたり	600円(750円)
おやつ代		1食あたり	100円
日常生活品	利用者の希望によって、身の回り品として日常生活に必要なものを提供する場合	必要時	実費
教養娯楽費	利用者の希望によって、教養娯楽として日常生活に必要なものを提供する場合	必要時	実費
キャンセル料	利用日の前日17:30までに事業所へ連絡があった場合	1回につき	無料
	利用予定日前日17:30～当日8:30までに申し出があった場合	1回につき	600円
	利用予定日当日8:30以降の申し出、または申し出がなかった場合 (ご利用中の体調不良等による2時間未満のご利用も含みます)	1回につき	1,000円

(2) 交通費

サービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。
通常の事業実施地域を越えて行う指定通所介護に要した送迎費は、実費交通費が必要です。
通常の事業の実施地域を越え、越えた地点から片道1Km毎に10円を実費でいただきます。

(3) 介護保険の給付対象外となるサービス

以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

① 食事の提供(昼食代・おやつ代)

利用者に提供する食事にかかる費用です。

② 日常生活上必要となる諸費用(おむつ代等)

全額自己負担となります。
経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。
その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1か月前までにご説明します。

(4) 料金のお支払い方法

毎月、20日頃までに前月分の請求をいたします。ご指定の口座より27日に引落しさせていただきます。

(5) 利用の中止、変更、追加

利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。

連絡先(電話番号) 049-230-1017

10 事故発生の防止策及び事故発生時の対応方法

- (1) 当事業所は、安全かつ適切に、質の高い介護保険サービスを提供するために、サービスの安全性はもとより、職員の健康管理、事故防止に努め、当事業所の保全について計画的に取り組みます。
- (2) 指定通所介護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、利用者に係る居宅介護支援事業者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。
- (3) 前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。
- (4) 利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

11 緊急時における対応方法

サービスの提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、ご家族、主治医、救急機関、担当の居宅介護支援事業者等に連絡いたします。

医療機関等	医療機関名			
	主治医等の氏名			
	連絡先			
緊急連絡先	氏名(続柄)		(続柄)	
	連絡先			

12 衛生対策

- (1) 当事業所は、通所介護従事者等の清潔の保持及び健康状態について、適宜、健康診断等を実施します。
- (2) 当事業所は、指定地域密着型通所介護に使用する設備及び備品等は清潔に保持し、定期的な消毒を施すなど常に衛生的な管理に十分留意するものとします。
- (3) 当事業所は、感染症が発生又はまん延しないように必要な措置を講じるものとします。

13 感染症や災害対策

- (1) 当事業所は感染症・災害対策として次の取組を実施します。
 - ① 感染症の発生及びまん延等の防止のため、委員会を設置し適宜開催
 - ② 感染症及び災害対応指針を定め、各対応マニュアルによる研修の実施、対応訓練を実施
- (2) 当事業所は、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できるよう、業務継続に向けた計画等を策定し、必要な研修の実施、対応訓練を実施します。
- (3) 災害への対応については、地域と連携した対応を行うため、非常災害対策の策定(計画策定、関係機関との連携体制の確保、対応訓練の実施等)を行い、対応訓練の実施に当たっては、地域住民に参加を要請し連携した対応に努めます。
- (4) 当事業所は、非常災害に備えるため、消防計画を作成し 避難訓練等を年2回実施し必要な 設備を備えます。
- (5) 指定通所介護を実施中に天災その他の災害が発生した場合、利用者の避難等の措置を講ずるほか、管理者に連絡の上その指示に従うものとします。

14 身体拘束・虐待防止のための措置に関する事項

- (1) 当事業所は、利用者の人権の擁護・身体拘束・虐待等の発生又は再発の防止のため次の措置を講ずるものとします。
 - ① 委員会の設置、開催、担当者の選定、委員会で検討を行った結果について従業者に周知
 - ② 指針の整備、当事業所職員に対する研修の実施
 - ③ 人権の擁護・身体拘束・虐待の防止のための当事業所職員に対する研修の実施
 - ④ 利用者及びそのご家族からの苦情処理体制の整備
 - ⑤ その他身体拘束・虐待防止のために必要な措置は高齢者虐待・身体拘束防止マニュアルに準ずる
- (2) 事業所は、利用者の生命又は身体を保護するため緊急時止むを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わない。ただし、緊急時止むを得ず身体拘束等を行う場合には非代替性、一時性、切迫性の3つの要素をすべて満たし、検討の上、必ず個別に説明をした上で行うこととする。また、その経過及び結果を記録する。記録に関しては、その態様及び時間、その際の利用者の心身状況、その理由を記録し5年間保存し、ご家族等の要求がある場合及び監督機関等の指示等がある場合には、これを開示する。要件に該当しなくなった場合には、直ちに身体拘束を解除する。

15 苦情処理

管理者は、提供した指定通所介護に関する利用者からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、担当者を置き、事実関係の調査を実施し、改善措置を講じ、利用者及び家族に説明するものとします。

① 当事業所における苦情の受付

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

苦情受付窓口	当事業所 窓口	担当者	明治33年1月0日
		電話番号	049-230-1017
		受付時間	午前8時30分から午後5時30分
	法人窓口	窓口名称	株式会社HITOWA お客様相談センター
		電話番号	0120-76-5600
		受付時間	午前9時00分から午後5時00分（12/31～1/3を除く）

② 機関その他受付窓口

川越市介護保険課	電話番号	049-224-8811
埼玉県国民健康保険団体連合	電話番号	048-824-2568
	電話番号	
	電話番号	

16 個人情報の保護

- (1) 当事業所は、利用者及びそのご家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取扱いに努めるものとします。
- (2) 当事業所が得た利用者及びそのご家族の個人情報については、当事業所での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については利用者及びそのご家族の同意を得るものとします。

17 地域との連携について

指定地域密着型通所介護の提供にあたっては、利用者、その家族、地域住民の代表者、地域の医療関係者、地域包括支援センター、市町村職員等により構成される協議会（以下「運営推進会議」という）を設置し、概ね6月に1回以上、指定地域密着型通所介護の提供状況等を報告するものとします。
またその記録を作成し、公表するものとします。

18 地域等との連携の強化

当事業所は、利用者の地域における社会参加活動や地域住民との交流を促進するため、事業の運営にあたり、地域住民やボランティア団体等と連携及び協力を行う等の地域との交流に努めます。

19 その他運営についての留意事項

- (1) 当事業所は、通所介護従業者等の資質の向上を図るため、研修の機会を次の通り設けるものとし、又、業務体制を整備します。
- 一 採用時研修 採用後1カ月以内
 - 二 継続研修 年4回以上
- (2) 当事業所職員は業務上知り得た利用者又はそのご家族の秘密を保持します。
- (3) 当事業所職員であった者に、業務上知り得た利用者又はそのご家族の秘密を保持させるため、当事業所職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、当事業所職員との雇用契約及び誓約書に明記します。
- (4) 当事業所は、事業に関する諸記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。
- (5) 当事業所における第三者評価の実施状況は次の通りです。

第三者による評価 の実施状況	☐	あり	直近の実施日	年	月	日	
			評価機関名称				
			結果の開示	☐ あり	☐ なし		
	☒	なし					

- (6) この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は株式会社HITOWAの代表と事業所の管理者との協議に基づき定めるものとします。

(1) 定款に定めた事業

- 1 介護保険法に基づく指定居宅介護支援事業
- 2 介護保険法に基づく居宅サービス事業
- 3 介護保険法に基づく地域密着型サービス事業
- 4 介護保険法に基づく介護予防サービス事業
- 5 介護保険法に基づく地域密着型介護予防サービス事業
- 6 介護保険法に基づく介護予防支援事業
- 7 介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業
- 8 民間資金等の活用による公共施設等の設備等の促進に関する法律
(PFI法)に基づく公共施設、老人福祉センター等の整備及び運営
並びに管理に関する事業
- 9 老人、身体障害者等の介護施設の経営及び管理に関する事業
- 10 有料老人ホームの経営及び管理に関する事業
- 11 サービス付き高齢者向け住宅の経営及び管理に関する事業
- 12 居宅介護住宅改修事業
- 13 介護事業所の運営にかかわる企画・研究開発・制作・販売に関する事業
- 14 訪問リハビリ・訪問医療マッサージに関する事業
- 15 訪問理美容に関する事業
- 16 物品等の企画販売及び宅配並びに貸与に関する事業
- 17 給食及び配食サービス並びに飲食サービスに関する事業
- 18 医療機関運営に関わるコンサルティング事業
- 19 医療機器等の販売及び賃貸に関する事業
- 20 介護福祉に従事する介護員等の教育・研修及び養成に関する事業
- 21 宿泊施設及び飲食業の運営に関する事業
- 22 旅行業法に基づく旅行業に関する事業
- 23 旅行業法に基づく旅行業者代理業に関する事業
- 24 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業
- 25 高齢者介護施設の紹介及び斡旋に関する事業
- 26 各種事務・請求代行に関する事業
- 27 各種システム開発・販売・販売代理に関する事業
- 28 前各号の情報提供サービスに関する事業
- 29 前各号のコンサルタントに関する事業
- 30 前各号に関する市場調査および広告宣伝に関する事業
- 31 前各号に付帯関連する一切の業務

(2) 施設・拠点等

居宅介護支援	14	か所
訪問介護	42	か所
通所介護	6	か所
(介護予防)認知症対応型通所介護	0	か所
地域密着型通所介護	1	か所
(介護予防)特定施設入居者生活介護	79	か所
介護専用型特定施設入居者生活介護	18	か所
(介護予防)短期入所生活介護	1	か所
(介護予防)認知症対応型共同生活介護	3	か所
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2	か所
夜間対応型訪問介護	0	か所
(介護予防)訪問看護	4	か所
(介護予防)福祉用具貸与	2	か所
(介護予防)特定福祉用具販売	2	か所

指定地域密着型通所介護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

	年	月	日
(事業者)	所在地	東京都港区港南二丁目15番3号	
	名 称	株式会社HITOWA	
(事業所)	所在地	埼玉県川越市藤木町36番地2	
	名 称	イリーゼ川越南古谷デイサービスセンター	
	説明者		印

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定地域密着型通所介護についての重要な事項の説明・交付を受け、その内容に同意しました。

	年	月	日
(利用者)	住所		
	氏名		印
(署名代行者)	住所		
	氏名	印	(続柄)