

デイサービスセンター ほほえみプラス  
重要事項説明書

## 1. 地域密着型通所介護サービスの概要

### (事業の目的)

株式会社 きずなが開設するデイサービスセンターほほえみプラスが行う地域密着型通所介護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、事業所ごとに置くべき従事者が、利用者一人一人の意思および人格を尊重し、利用者の立場に立った適正な地域密着型通所介護事業を実施し、心身機能の維持向上や社会的孤立感の解消ならびに家族の身体的、精神的負担の軽減を図り、利用者の在宅生活を支援することを目的とします。

### (運営の方針)

- (1) その人がその人らしい生活を送ることができるように、機能面、身体面・精神面・社会参加面等の様々な側面から援助を行います。
- (2) 介護予防の観点から利用者とともに一人一人の明確な目標を設定し、その実現に向けての取り組み、機能訓練等を実施いたします。
- (3) 常に問題意識を持ち、利用者個人の身体的・精神的な状況、状態に即したサービス提供を行い、全ての利用者に満足いただけるよう努めます。
- (4) 利用者の喜びが職員の喜びとなるよう、より深い信頼関係の構築を図ります。
- (5) 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、近隣のほかの保健・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努めます。

## 2. 事業者及び事業所の概要

法人名	株式会社 きずな
代表者氏名	代表取締役 谷口 石泉
法人所在地	滋賀県野洲市吉地419番地
電話番号	077-575-5547
事業所名称	デイサービスセンター ほほえみプラス
事業所電話番号	077-518-2533
サービスの種別	地域密着型通所介護
営業日	月～金 (8月14日～8月16日、12月29日～1月3日は除く)
営業時間	8時30分 ～ 17時30分
サービス提供時間	9時20分 ～ 16時30分

### 3. 職員体制

職 種	員 数	常 勤		非 常 勤	
		専 任	兼 務	専 任	兼 務
管理者	1人		1人		
生活相談員	1人		1人	1人	
介護職員	3.5人	1人	1人	3人	
機能訓練士	2人		1人	3人	
看護師	1人			2人	

### 4. 通所介護の提供方法、内容

地域密着型通所介護の内容は、居宅サービス計画に基づいてサービスを行います。

時 間 帯	内 容
8：30～ 9：20	・お迎え
9：20～16：30	・健康チェック ・機能訓練 ・レクリエーション ・昼食 ・休憩
16：30～17：30	・お送り

#### (1) 身体介護

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いたします。

排泄の介助、移動・移乗の介助、介護、その他必要な身体の介護

#### (2) 入浴

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致します。

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) 機能訓練

自立支援を目的に、在宅での生活が少しでも長く送れるよう、体力や機能の低下を防ぎ、利用者が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機能訓練等（専門職によるリハビリ）を行います。

(4) 送迎

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必要な介護を行います。

(5) 相談・助言

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。

5. キャンセルについて

利用者がサービスの利用を中止する際には、速やかに次の連絡先までご連絡ください。できるだけサービス利用の前日までをお願いいたします。

連絡先 077-518-2533

6. 通所介護の利用料等及び支払いの方法

- 1 通所介護サービスを提供した場合の利用料の額は、別紙の【利用料金表】によるものといたします。
- 2 その他、介護保険給付対象外のサービス利用料については、別紙の【その他の費用】に定める額をお支払いいただきます。
- 3 通所介護の利用者は、当施設の定める期日に、別途契約書で指定する方法により納入することとします。
- 4 事業者は、当月の料金の合計額を請求書に明細を付して、翌月15日に利用者へ送付致します。
- 5 支払方法は、滋賀銀行、関西みらい銀行、レーク滋賀農業協同組合のいずれかを選択し、サービス開始までに自動引き落としの手続きを致します。引き落としは翌月25日です。休日の場合には翌営業日となります。
- 6 事業者は、利用者から料金の支払いを確認後利用者に対し領収書を発行します。
- 7 利用料金表は介護保険の法定利用料に基づく金額です。

7. 緊急時等における対応方法

事業者は、通所介護を実施中に利用者の病状等に急変、その他緊急事態が生じたときは必要に応じ家族又は緊急連絡先へ連絡し、速やかに必要な措置を講じます。

8. 非常災害対策

非常災害の発生の際にその事業が継続できるよう、他の社会福祉施設との連携および協力体制を構築します。

9. 相談・苦情対応の窓口

(1) デイサービスセンター ほほえみプラス

電話：077-518-2533

080-3937-3290

担当：横田 久美子

(2) 行政機関その他苦情受付機関

野洲市介護保険課 住所：滋賀県野洲市小篠原2100-1  
電話番号 077-587-6074  
FAX番号 077-586-2176

国民健康保険団体連合会 住所：滋賀県大津市京町4丁目3-28  
電話番号 077-510-6605  
FAX番号 077-510-6606

10. 事故処理

- (1) 事業所は、サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに保険者である市町村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録し、その完結の日から2年間保存します。
- (3) 事業所は、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. 暴力団の排除

事業所を運営する当該法人の役員及び事業所の管理者その他の従業員は、暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員をいう。次項において同じ。）であってはならない。

- (2) 事業所は、その運営については、暴力団員の支配を受けてはならない。

12. その他

- ・午前7時の時点で滋賀県南部に暴風警報が発令された場合、皆様の安全を考えサービスを中止いたします。また、天候の改善が見込まれる場合については時間を変更してサービスを実施する場合がございます。  
\*いずれにしても事業者よりご家族様に連絡をさせていただきます。
- ・送迎は交通事情やその他の諸事情により予定時間を前後する場合がございます。

<別紙> 【利用料金表】

・通所介護費（地域密着型通所介護・7時間以上8時間未満）

要介護度	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
単位数	753 単位 /日	890 単位 /日	1032 単位 /日	1172 単位 /日	1312 単位 /日
利用者負担額（1割）	764 円 / 日	903 円 / 日	1047 円 / 日	1189 円 / 日	1331 円 / 日
利用者負担額（2割）	1527 円 / 日	1805 円 / 日	2093 円 / 日	2377 円 / 日	2661 円 / 日
利用者負担額（3割）	2291 円 / 日	2708 円 / 日	3140 円 / 日	3566 円 / 日	3991 円 / 日

・加算

サービス項目	単位数	1割	2割	3割
入浴介助加算Ⅱ	55 単位/ 日	56 円	112 円	168 円
個別機能訓練加算Ⅰロ	76 単位/ 日	77 円	154 円	231 円
個別機能訓練加算Ⅰイ	56 単位/ 日	56 円	113 円	170 円
個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位/ 月	21 円	41 円	61 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22 単位/ 日	23 円	45 円	67 円
中重度者ケア体制加算	45 単位/ 日	45 円	91 円	136 円
科学的介護推進体制加算	40 単位/ 月	41 円	81 円	122 円
口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位/ 回	162 円	324 円	487 円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ）	20 単位/ 回	20 円	41 円	61 円
口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）	5 単位/ 回	5 円	10 円	15 円
通所介護送迎減算	-47 単位	-47 円	-95 円	-142 円
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数×9.2%			

1 単位：10.14 円

【その他の費用】

・介護保険給付対象外のサービス利用料

食事代	650 円	(おやつ代込み)
おやつ代	100 円	(おやつの提供のみ)
リハビリパンツ代※	100 円（1枚）	後日、利用料と一緒に請求させていただきます。
パット（ロング）※	80 円（1枚）	ご自身でご用意していただくことも可能です。
パット※	50 円（1枚）	

※必要に応じて発生する費用であり、全ての利用者様にお支払いいただくものではございません。

【持参していただくもの】

<書類>

- ・契約書（2通）：一部はお返しいたします
- ・健康保険者証：コピーをとりお返しいたします
- ・障害者手帳（お持ちの方のみ）：コピーをとりお返しいたします
- ・介護保険被保険者証：コピーをとりお返しいたします
- ・介護保険負担割合証：コピーをとりお返しいたします
- ・薬の説明書：コピーをとりお返しいたします

<持ち物> \*すべての持ち物には、消えないようにお名前をご記入ください。

- ・薬
- ・自助具（スプーン、杖など）
- ・タオル1枚
- ・バスタオル2枚 タオル2枚 ビニール袋 着替え一式（入浴される方）
- ・紙おむつ等3組程度（おむつ使用の方）

## 附則

この重要事項説明書は令和4年6月1日から施行する

この重要事項説明書は令和4年12月1日から施行する

この重要事項証明書は令和5年4月1日から施行する

この重要事項証明書は令和6年3月1日から施行する

この重要事項証明書は令和6年4月1日から施行する

この重要事項証明書は令和6年6月1日から施行する

この重要事項証明書は令和6年10月1日から施行する

この重要事項証明書は令和7年1月17日から施行する

この重要事項証明書は令和7年7月1日から施行する

令和 年 月 日

通所介護の内容について、別紙資料により重要事項を説明いたしました。

事業所 住所 滋賀県野洲市久野部 138-7 サントピアビル 1-C

名称 デイサービスセンター ほほえみプラス

説明者 \_\_\_\_\_ (印)

私は、事業者から重要事項及び通所介護サービスの提供について説明を受けました。

<本人>

住所

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

<署名代理人>

住所

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(本人との続柄 )

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

通所介護の内容について、別紙資料により重要事項を説明いたしました。

事業所 住所 滋賀県野洲市久野部 138-7 サントピアビル 1-C  
名称 デイサービスセンター ほほえみプラス  
説明者 \_\_\_\_\_ (印)

私は、事業者から重要事項及び通所介護サービスの提供について説明を受けました。

<本人>

住所

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

<署名代理人>

住所

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(本人との続柄 \_\_\_\_\_ )

