

デイサービスセンター ほほえみプラス

重要事項説明書

<第1号通所介護（現行相当）>

第1号通所事業（現行相当）重要事項説明書

1. 第1号通所事業（現行相当）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第1号通所事業（現行相当）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、本人一人一人の意思および人格を尊重し、本人の立場に立った適正な第1号通所事業（現行相当）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、本人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、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） ご契約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 |
| サービスの種別 | 第1号通所事業（現行相当） |
| 事業所所在地 | 滋賀県野洲市久野部 138-7 サントピアビル 1-C |
| 営業日 | 月～金（8月14日～8月16日、12月29日～1月3日） |
| 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 |

第1号通所事業（現行相当）重要事項説明書

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 | |
| 機能訓練指導員 | 2人 | | 1人 | 3人 | 3人 |
| 看護師 | 1人 | | | | 3人 |

4. 第1号通所介護（現行相当）の提供方法、内容

通所型サービス（現行相当）の内容は、通所型サービス（現行相当）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、その他必要な身体介護

(2) 入浴

家庭において入浴することが困難な方に対して、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) 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、本人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

送迎を必要とするご契約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

本人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

本人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. 通所型サービス（現行相当）の利用料等及び支払いの方法

- 1 通所型サービス（現行相当）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 通所型サービス（現行相当）のご契約者は、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10日前後に本人又は家族に送付します。
- 5 支払方法は、滋賀銀行、関西みらい銀行、おうみ富士農協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、本人又は家族から料金の支払いを確認後本人又は家族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

通所介護従事者は、通所型サービス（現行相当）を実施中にご契約者の病状等に急変、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：080-3937-3290

担当：横田 久美子

（2）行政機関その他苦情受付機関

野州市介護保険課 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、本人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、本人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。

第1号通所事業（現行相当）重要事項説明書

<別紙>

【利用料金表】

・通所型サービス（現行相当）

| 要介護度 | 要支援 1 | 要支援 2 |
|------------|-------------|--------------|
| 単位数 | 1798 単位 / 月 | 3621 単位 / 月 |
| 利用者負担額（1割） | 1,824 円 / 月 | 3,672 円 / 月 |
| 利用者負担額（2割） | 3,647 円 / 月 | 7,344 円 / 月 |
| 利用者負担額（3割） | 5,470 円 / 月 | 11,015 円 / 月 |

・加算

| サービス項目 | 要支援 1 | 要支援 2 |
|--------------------------------|-----------|----------|
| ●通所型独自サービス提供強化加算 | 88 単位/月 | 176 単位/月 |
| 利用者負担額（1割） | 90 円/月 | 179 円/月 |
| 利用者負担額（2割） | 179 円/月 | 357 円/月 |
| 利用者負担額（3割） | 268 円/月 | 536 円/月 |
| ●口腔機能向上加算（Ⅱ）<月2回まで> | 160 単位/ 回 | |
| 利用者負担額（1割） | 162 円/ 回 | |
| 利用者負担額（2割） | 324 円/ 回 | |
| 利用者負担額（3割） | 487 円/ 回 | |
| ●口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） <6ヶ月に1回> | 20 単位/ 回 | |
| 利用者負担額（1割） | 20 円/ 回 | |
| 利用者負担額（2割） | 41 円/ 回 | |
| 利用者負担額（3割） | 61 円/ 回 | |
| ●口腔・スクリーニング加算（Ⅰ） <6ヶ月に1回> | 5 単位/ 回 | |
| 利用者負担額（1割） | 5 円/ 回 | |
| 利用者負担額（2割） | 10 円/ 回 | |
| 利用者負担額（3割） | 15 円/ 回 | |
| ●科学的介護推進体制加算 | 40 単位/月 | |
| 介護職員処遇改善加算 Ⅱ (介護報酬総単位数) | 所定単価×4.3% | |
| 介護職員等特定処遇改善加算 Ⅰ (介護報酬総単位数) | 所定単価×1.2% | |
| ベースアップ等支援加算 (介護報酬総単位数) | 所定単価×1.1% | |

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 | |
| 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。

★通所型サービス（現行相当）を提供した場合の利用料金の額は、介護報酬の告示上の額とし、当該指定介護予防通所介護が法定代理受領サービスである時は、その 1 割または 3 割の額とします。

【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
- ・薬の処方箋；コピーをとりお返しいたします

<持ち物>

- ・薬
- ・自助具（スプーン、杖など）
- ・バスタオル 2 枚
- ・タオル 2 枚（入浴時・リハビリ時）
- ・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）

*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。

附則

この重要事項説明書は令和 5 年 4 月 1 日から施行する
この重要事項説明書は令和 6 年 3 月 1 日から施行する
この重要事項説明書は令和 6 年 4 月 1 日から施行する
この重要事項説明書は令和 7 年 1 月 17 日から施行する
この重要事項説明書は令和 7 年 7 月 1 日から施行する

令和 年 月 日

第1号通所事業（現行相当）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第1号通所型サービス（現行相当）の提供について説明を受けました。

<利用者>

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

第1号通所事業（現行相当）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第1号通所型サービス（現行相当）の提供について説明を受けました。

<利用者>

住所

氏名 _____ (印)

<署名代理人>

住所

氏名 _____ (印)

(本人との続柄)