

スマイルデイサービスセンター  
(介護予防・日常生活総合事業 第1号通所事業)  
(総合事業通所介護)

重 要 事 項 説 明 書

スマイルデイサービスセンター  
重要事項説明書

1. 事業者概要

[事業者名]	社会福祉法人 近江薫風会
[代表者名]	田 中 薫
[所在地]	滋賀県米原市寺倉 6 0 3 番地の 1
[主な事業]	社会福祉事業
[電話番号]	0 7 4 9 - 5 4 - 8 2 0 0
[設立年月]	平成 1 7 年 9 月 設立

2. 事業所概要

[事業所名]	スマイルデイサービスセンター
[所在地]	滋賀県米原市寺倉 6 0 3 番地の 3
[管理者]	森 田 久 美
[指定番号]	( 2 5 7 2 4 0 0 2 5 3 )
[電話番号]	0 7 4 9 - 5 4 - 8 2 0 4
[F A X 番号]	0 7 4 9 - 5 4 - 8 2 1 3
[開設年月]	平成 1 8 年 9 月

3. 事業所設備の概要

( 1 ) 敷地と建物		
[敷地面積]	1,983.00 m <sup>2</sup>	
[建物の構造]	鉄骨造 1 階建て	
[延べ床面積]	432.18 m <sup>2</sup>	
[ご利用定員]	1 単位 30 名 (通常規模)	
[利用交通機関]	車で国道 8 号線西円寺交差点より醒井方面へ 1 分、国道 21 号線沿い	
( 2 ) 主な設備		
設備の種類	数	面 積
相談室	1 室	23.05 m <sup>2</sup>
機能訓練室	1 か所	52.00 m <sup>2</sup>
食 堂	1 か所	42.12 m <sup>2</sup>
浴 室	3 室	個浴 6.41 m <sup>2</sup> × 2、一般浴 13.64 m <sup>2</sup>

#### 4. 施設の実施サービス提供地域

米原市(旧坂田郡山東町、米原町、近江町)、長浜市(平成18年合併前の旧長浜市)、および彦根市(鳥居本小学校区域、城北小学校区域)

#### 5. 事業の目的および運営方針

##### 【事業の目的】

社会福祉法人近江薫風会が開設するスマイルデイサービスセンター(以下「弊事業所」という。)が行う、第1号通所事業(総合事業通所介護)(以下「事業」という。)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、弊事業所の生活相談員、看護職員、機能訓練指導員及び介護職員(以下「生活相談員等」という。)が、事業対象者および要支援状態にあるご利用者の方に対し、文化的活動、機能訓練、食事提供等のサービスを提供により、ご利用者の方の自立を図るとともに生きがいを高めていただくために、適正な第1号通所事業(総合事業通所介護)(以下「介護予防サービス」という)を提供することを目的とします。

##### 【運営方針】

- ・介護予防サービスの提供にあたっては、弊事業所の生活相談員等は、事業対象者および要支援の方が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上のご支援及び機能訓練を行うことにより、事業対象者および要支援の方の心身機能の維持回復を図り、もって事業対象者および要支援の方の生活機能の維持又は向上を目指すものとします。

#### 6. 事業所の職員体制

- ・弊事業所に勤務する職員の職種、人数および職務内容は、次の通りです。
  - (1) 管理者 1名以上(常勤兼務)  
管理者は、弊事業所の職員の管理及び業務(個別サービス計画の作成含む)の管理を一元的に行います。
  - (2) 生活相談員 1名以上(常勤兼務)  
生活相談員は、介護予防サービスご利用の申込みに係る調整、個別サービス計画の作成を行うとともに、ご利用者の方およびそのご家族の方に対して相談助言および介護予防サービスの提供を行います。
  - (3) 看護職員 1名以上  
看護職員は、健康チェック等を行うことにより、ご利用者の方の健康状態を的確に把握するとともに、ご利用者の方が各種サービスをご利用するために必要な処置を行います。
  - (4) 介護職員 4名以上  
介護職員は、個別サービス計画に基づき介護予防サービスの提供に当たります。
  - (5) 機能訓練指導員 1名以上  
機能訓練指導員は、ご利用者の方が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指導および助言等を行います。

前項の員数については、厚生労働省令で定める基準の範囲内において施設長が必要と認めた場合は、変更できるものとします。

## 7. 営業日および運営時間・サービス提供時間

営業日	月曜日から土曜日
運営時間	午前8時から午後7時
サービス提供時間	午前9時20分から午後4時30分まで
休業日	日曜日、12月31日～1月3日まで

## 8. サービスの内容

- ・送迎 ・生活相談 ・入浴 ・給食 ・健康チェック ・機能訓練
- ・レクレーション ・口腔機能の向上 など

## 9. 提供サービスにおける1日の日程

別紙スマイルデイサービスセンターの1日の日程表参照

## 10. 利用料金

弊事業所ご利用のサービスご利用料金は、厚生労働大臣の告示基準額とし、法定代理受領のサービスの場合は、介護保険負担割合証による1割または2割または3割の額を本人負担とします。

### (1) ご利用料金

介護保険料は、要支援等の認定区分により料金が異なります。

施設ご利用料金は、「スマイルデイサービスセンター料金表」(後記)をご参照ください。

創作的活動に係る材料費やその他の日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、ご利用者の方にご負担いただくことが適当と認められるものについては、実費を徴収させていただきます。

なお、法定代理受領サービスに該当しない施設サービスにかかる費用の支払いを受けた場合は、その提供した施設サービスの内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書をご利用者の方に交付します。

### (2) 支払い方法

#### ・ご利用料金のお支払い方法

弊事業所は、当月のサービスご利用料金の合計額を請求書に明記し、翌月10日までにご利用者の方にご請求いたします。

請求させていただくサービス利用料金は、介護保険負担割合証により介護保険請求額の1割または2割または3割の自己負担額と給食費等の実費負担額の合計額となりますが、要支援認定(更新)手続中や要支援区分変更中の場合、自己負担額が翌月の請求となる場合がありますので予めご了承ください。

お支払いについては、請求月の28日にご利用の方が事前に指定された金融機関の口座より請求金額を自動引き落としさせていただきます。

ただし、自動引き落としの手続きが完了するまでの間（当初ご利用契約の月を含む約2か月間）につきましては、請求書が到着後10日以内に下記口座にご請求金額をお振込みください。

なお、振込手数料は、ご利用者の方にご負担いただきますので予めご了承ください。

<b>当初約2か月間お振込みいただく口座</b>
大垣共立銀行 長浜支店 普通預金口座 No. 861766 <small>しゃかいふくしほうじん おうみくんぶうかい</small> 社会福祉法人近江薫風会
※お振込人名は、ご利用者の方のお名前にてお振込みください。

・ご利用料金の改定

施設ご利用料金の改定については、3か月前までに書面にて通知により申し入れいたします。（介護給付費に定められているものについては、この限りにありません。）

## 11. サービス利用にあたっての留意事項

- ・ご送迎時間の連絡は、初回利用開始までにご通知します。
- ・弊事業所は、ご利用者の方の体調不良等の理由により、介護予防サービスの実施が困難と判断した場合、当該サービスの内容の変更または中止をすることがあります。
- ・お休みいただく場合のご連絡は、当日の午前8時までにご連絡下さい。
- ・日頃から健康には気をつけ、体調のすぐれない時は早めに職員に申し出て下さい。
- ・所定の場所以外の喫煙はご遠慮ください。
- ・個人の所持品には必ず氏名を明記して下さい。万一、個人の所持品を紛失されても弊事業所では責任をお受けできませんので予めご了承ください。
- ・ご利用者の方同士の金銭の貸し借りや、弊事業所内で他のご利用者の方に対する宗教活動・政治活動等はお断りいたします。

## 12. 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施の有無	無
-------------	---

### 13. 相談・苦情対応

弊事業所のサービスに関するご利用者の方およびそのご家族の方からの相談窓口にて次のとおりです。

施設 窓口	苦情受付担当者・電話番号	森田久美：0749-54-8204
	FAX番号	0749-54-8213
	受付時間	午前8:30～午後5:30（日曜日を除く）
第三者 窓口	担当者・ 電話番号	菅原信道（司法書士）米原市須川308番地 TEL：0749-57-8600 田中雄一（社会福祉士）米原市三吉570番地 TEL：0749-54-3105
公的 機関 窓口	機関名	米原市役所くらし支援部高齢福祉課
	住 所	滋賀県米原市米原1016番地 米原市役所本庁舎くらし支援部高齢福祉課
	電話番号	0749-53-5122
	受付時間	午前8:30～午後5:15（土日祝日を除く）
	機関名	長浜市役所健康福祉部介護保険課
	住 所	滋賀県長浜市八幡東町632番地 長浜市役所健康福祉部介護保険課
	電話番号	0749-65-8252
	受付時間	午前8:30～午後5:15（土日祝日を除く）
	機関名	彦根市役所福祉保健部高齢福祉推進課
	住 所	滋賀県彦根市平田町670番地 彦根市役所福祉保健部高齢福祉推進課
	電話番号	0749-23-9660
	受付時間	午前8:30～午後5:15（土日祝日を除く）
	機関名	滋賀県国民健康保険団体連合会介護保険課
	住 所	滋賀県大津市中央4丁目5番9号 滋賀県国民健康保険団体連合会介護保険課
	電話番号	077-522-0065
受付時間	午前9:00～午後5:00（土日祝日を除く）	
機関名	滋賀県運営適正化委員会(あんしん・なっとく委員会)	
住 所	滋賀県草津市笠山7-8-138番地 滋賀県立長寿社会福祉センター内	
電話番号	077-567-4107	
受付時間	午前9:00～午後5:00（土日祝日を除く）	

### 14. 衛生管理

- ・弊事業所の設備および備品、または飲用に供する水は水道水（長浜水道企業団）を用い、衛生的な管理に努め、衛生上必要な措置を講じます。
- ・弊事業所において、食中毒および感染症が発生し、または蔓延しないように必要な措置を講じます。

また、これらを防止するための措置等について、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるとともに、密接な連携を保つものとします。

## 15. 個人情報の保護

- ・ご利用者の方またはそのご家族の方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。
- ・弊事業所が得たご利用者の方またはそのご家族の方の個人情報については、弊事業所での当該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必要に応じてご利用者の方またはそのご家族の方の同意を得るものとします。

## 16. 守秘義務

弊事業所およびその職員は、正当な理由がない限り、ご利用者の方に対する当該サービス提供にあたって知り得たご利用者の方およびそのご家族の方の秘密を漏らしません。また、この守秘義務は、契約終了後も同様とするほか、職員との雇用契約時に取り交わした誓約書のとおり、遵守するものとします。

## 17. 連絡義務

弊事業所は、ご利用者の方が希望する場合には、そのご家族の方にもご利用者の方と同様の通知をするものとします。

## 18. サービス提供の記録

- ・弊事業所は、ご利用者の方に対して当該サービスのご提供に関する記録を作成するものとし、契約終了の完結後2年間保存します。
- ・ご利用者の方およびそのご家族の方は、弊事業所営業時間内に、当該ご利用者の方に関する当該サービス実施記録を閲覧することができます。
- ・ご利用者の方およびそのご家族の方は、弊事業所内において、ご利用者の方の当該サービスご提供記録の複写にて交付を受けていただくことができます。なお、費用が別途必要となります。

## 19. 緊急時の対応

弊事業所は、ご利用者の方の健康状態が急変した場合など、主治医をはじめ予め届けられた連絡先に速やかに連絡するとともに、提携先の医療機関等に連絡をとるなど必要な処置を行います。なお、弊事業所の提携先医療機関は下記の通りです。

・緊急医療機関

医療機関名	市立長浜病院
所在地	滋賀県長浜市大戌亥町313番地
電話番号	0749-63-2300
診療科目	内科、外科、他18科
医療機関名	長浜赤十字病院
所在地	滋賀県長浜市宮前町14番7号
電話番号	0749-63-2111
診療科目	消化器内科、外科、他21科

## 20. 事故発生時の対応

弊事業所は、ご利用者の方に対する総合事業通所介護等の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該ご利用者の方のご家族、当該ご利用者の方に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な処理を講じます。

## 21. 非常災害時の対応

非常災害時に関する計画に基づき、次のとおり実施いたします。

- ・各箇所に火災センサーを設置し、火災報知機により米原市消防本部および総合警備保障(株)との連携による速やかな対応をします。
- ・消防計画、風水害や地震等に対処する計画を作成し、定期的に避難、救出その他必要な訓練について定期的に実施します。
- ・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を行う体制を構築するよう努めます。

## 22. 契約の終了と解約

- ・次の各項に該当する場合には、契約は終了します。

- ① ご利用者の方が死亡されたとき。
- ② ご利用者の方の要支援認定の更新で、要介護または非該当(自立)と認定されたとき。

- ・ご利用者の方の解約権

ご利用者の方は、弊事業所に対し7日間の予告期間をおいて書面で通知することにより、契約の解約をすることができ、予告期間満了後、契約は終了します。

- ・弊事業所の解約権

弊事業所は次の各項のいずれかに該当する場合には、30日間の予告期間をおいて契約を解約することができ、予告期間満了後、契約は終了します。

- ① ご利用者の方が、当該サービスご利用料金のお支払いを正当な理由がなく2か月以上遅滞し、弊事業所が支払いの催促をしたにもかかわらずその後10日以内に支払われない場合。



- ②ご利用者の方が、病院または診療所などの施設に入院し、原則として明らかに2か月以内に退院できる見込みがない場合。また、入院後2か月経過しても退院できないことが明らかになった場合。
- ③ご利用者の方が、他のご利用者の方に対して迷惑を及ぼす等公序良俗に反する行為がおこなわれ、弊事業所および職員の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがない場合。
- ④ご利用者の方やそのご家族による、職員へのハラスメント行為(職員への暴力や乱暴な言動、セクシャルハラスメントなど)があった場合。
- ⑤弊事業所の当該サービス提供の廃止および事業の縮小により当該サービス提供が困難となった場合。

### **23. 損害賠償**

弊事業所は、当該サービスの提供にあたって、弊事業所の責めに帰すべき事由により、ご利用者の方の身体、生命、財産、名誉等に損害を及ぼした場合には、ご利用者の方に対して賠償責任を負うものとします。ただし、弊事業所に故意過失がなかった場合は、この限りではありません。なお、賠償（見舞金等）は、当該保険金請求によって、支払われる額がすべてとなります。

### **24. 損害保険の加入**

社会福祉施設総合損害補償加入済

### **25. 人権擁護・虐待防止**

ご利用者の方の人権の擁護、虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し、研修の機会を確保します。

### **26. 重要事項の変更**

弊事業所は、この重要事項説明書に記載された内容に変更等が生じた場合は、ご利用者の方およびそのご家族の方に通知し同意を得るものとします。

また、弊事業所は、この変更の同意に関して、ご利用者の方およびそのご家族の方に同意書の交付を行うものとします。

## 27. スマイルデイサービスセンター料金表

下記の料金表に従い、ご契約者の要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額(介護保険負担割合証による1割または2割または3割負担)と食事等に係わる金額(ご利用者全額負担)の合計金額をお支払い頂きます。(サービスのご利用料金は、ご契約者の要支援度に応じて異なります)

### ◆第1号通所事業(総合事業通所介護)の利用料 サービス利用料金(1日あたり)

実際の料金計算時(月ごと)には1円単位の誤差が生じる場合があります。

要介護度	事業対象者・要支援1	事業対象者・要支援1 1月の中で全部で4回 までのサービス	事業対象者・要支援2	事業対象者・要支援2 1月の中で全部で8回 までのサービス
要介護度別の サービスご利用料金	17,980円/月	4,360円/日	36,210円/月	4,470円/日
サービスのご利用 に係る自己負担金 (1割負担の方)	1,798円/月	436円/日	3,621円/月	447円/日
サービスのご利用 に係る自己負担金 (2割負担の方)	3,596円/月	872円/日	7,242円/月	894円/日
サービスのご利用 に係る自己負担金 (3割負担の方)	5,394円/月	1,308円/日	10,863円/月	1,341円/日

※事業対象者は、1週当たりの標準的なご利用回数が1回の場合要支援1、2回の場合要支援2の費用となります。

各種加算	サービス提供体制強化加算Ⅲ*1		送迎減算(送迎を実施しない場合)	
	事業対象者・ 要支援1	事業対象者・ 要支援2	事業対象者・ 要支援1	事業対象者・ 要支援2
要支援度別の サービスご利用料金	240円	480円	△470円/回 月間最大△3,760円	△470円/回 月間最大△7,520円
サービスのご利用 に係る自己負担金 (1割負担の方)	24円	48円	△47円/回 月間最大△376円	△47円/回 月間最大△752円
サービスのご利用 に係る自己負担金 (2割負担の方)	48円	96円	△94円/回 月間最大△752円	△94円/回 月間最大△1,504円
サービスのご利用 に係る自己負担金 (3割負担の方)	72円	144円	△141円/回 月間最大△1,128円	△141円/回 月間最大△2,256円

介護職員等処遇改善加算Ⅱ	9.0% *1
--------------	---------

\*1 区分支給限度基準額の算定対象から除外されます。

### ◆その他料金(ご利用者全額負担)

給食費	635円/1食(内訳 昼585円、おやつ50円)
リハビリパンツ代	140円/1枚(ご利用の場合)
尿取りパット	40円/1枚(ご利用の場合)
替下着	200円/1枚(ご利用の場合)
コピー代	10円/1枚(ご利用の場合)*2

\*2 ご利用者の方が、サービス実施記録の複写物を希望される場合の料金です。

創作的活動事業にかかる費用は、ご利用された場合にご負担いただくこととなります。

### ◆キャンセル料金について

ご利用日当日の午前8時以降のキャンセルは、給食費のキャンセル料金(635円)が発生します。

## 各種加算内容の説明

### 【第1号通所事業（総合事業通所介護）】

#### ・サービス提供体制強化加算Ⅲ

スマイルデイサービスセンター職員(介護職員)の総数のうち、介護福祉士の占める割合が40%以上。

(事業対象者・要支援1の方・1割負担24円/月、2割負担48円/月、3割負担72円/月：ご利用者全員に加算)

(事業対象者・要支援2の方・1割負担48円/月、2割負担96円/月、3割負担144円/月：ご利用者全員に加算)

#### ・介護職員等処遇改善加算Ⅱ

介護職員等の賃金等の改善を目的として設けられた加算。(基本報酬と各種加算・減算の単位数合計の9.0%)

#### ・送迎減算（送迎を実施しない場合）

ご利用者の方のご家族等が送迎を行う場合など、弊事業所が送迎を実施しない場合に減算されます。(対象者の方のみ減算)

- ・1週当たりの標準的なご利用回数が1回の事業対象者・要支援1の方は、

(1割負担△47円/回(月間最大△376円)、2割負担△94円/1回(月間最大△752円)、  
3割負担△141円/回(月間最大△1,128円))

- ・1週当たりの標準的なご利用回数が2回の事業対象者・要支援2の方は、

(1割負担△47円/回(月間最大△752円)、2割負担△94円/1回(月間最大△1,504円)、  
3割負担△141円/回(月間最大△2,256円))

社会福祉法人近江薫風会 スマイルデイサービスセンターにおける第1号通所事業（総合事業通所介護）の重要な事項の説明を行いました。

『弊事業所』

事業所名 ..... スマイルデイサービスセンター  
所在地 ..... 滋賀県米原市寺倉603番地の3  
事業所番号 ..... (2572400253)

『説明者』（説明者印のなきものは無効です。）

職 種 .....  
氏 名 ..... 印

私は、本書面に基づき事業者から重要な事項の説明、ならびに社会福祉法人近江薫風会 スマイルデイサービスセンターの第1号通所事業（総合事業通所介護）の提供内容の説明を受けました。

年 月 日

『ご本人』

住 所 .....  
氏 名 ..... 印  
やむを得ずご利用の方に代わって代筆いただく場合にご記入ください。

(代筆者ご氏名) .....

『代理人の方』

住 所 .....  
氏 名 ..... 印

ご利用の方のとのご関係 .....

スマイルデイサービスセンターの1日の日程表

曜日 \ 時間	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	時	
月・火・水・木・金・土									お迎え	バイタルチェック	趣味活動	入浴	昼食	休憩	趣味活動	体操 レクレーション	お茶とおやつ	帰宅準備	お送り								
日	休業日																										