

令和6年7月版

重要事項説明書

(第1号通所事業)

ご本人：_____様

事業者：デイサービス スリースターズ

重要事項説明書

当事業所は、ご利用者に対して、第1号通所事業サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次のとおり説明します。

1 施設の概要

(1) 事業者の概要

法人名	おおぞらケアサービス株式会社
代表者名	代表取締役 端名 正和
所在地	彦根市平田町 162-15
電話番号	0749-26-5535
設立年月日	平成20年5月30日

(2) 事業所の概要

事業所名	デイサービス スリースターズ
所在地	彦根市開出今町 1414-6 TJF-KAI 1・2
電話番号	0749-29-9029
FAX 番号	0749-29-9052
介護保険指定番号	第1号通所事業 (滋賀県 2570201620 号)
サービス提供地域	彦根市全域

(3) 営業日及び営業時間、利用定員

営 業 日	月曜日 ～ 金曜日
サービス提供時間	(1 単位目) 午前9時15分～午後0時20分 (2 単位目) 午後1時30分～午後4時35分
営 業 時 間	午前8時30分～午後5時15分
利 用 定 員	(1 単位目) 20 名 (2 単位目) 20 名

(4) 職員体制

	資 格	常 勤	非常勤
管理者	理学療法士	1 名 (兼務)	0 名
生活相談員	社会福祉主事	1 名	0 名
看護師	看護師	1 名	0 名
介護職員	介護福祉士 (1 名)	2 名	0 名
機能訓練指導員	理学療法士	2 名 (兼務)	0 名

2 サービス内容

第1号通所事業計画に沿って、送迎、機能訓練、アクティビティーその他必要な介護等を行います。

3 利用料金

(1) 利用料

介護保険給付対象サービスの利用料

介護保険給付対象サービスの利用料 (かっこ内は2、3割負担)

要支援1	1,798 (3,596) (5,394) 円/月
要支援2	3,621 (7,242) (10,863) 円/月
生活機能向上グループ加算	100 (200) (300) 円/月
科学的介護推進体制加算	40 (80) (120) 円/月
サービス提供体制強化加算Ⅰ	支援1: 88 (176) (264) 円/月 支援2: 176 (352) (528) 円/月
介護職員処遇改善加算Ⅲ	8.0%加算
地域区分加算	2.7%加算

- 生活機能向上グループ加算

ご利用者の生活機能の向上を目的として、利用者が日常生活の課題に応じて活動を選択できるように、日常生活に直結した活動項目で、共通の課題を複数で実施する活動。

- 科学的介護推進体制加算

事業所すべての利用者に関わるデータ（ADL、栄養、口腔、嚥下、認知症等）を LIFE に提出してフィードバックを受け、事業所単位での PDCA サイクルをケアの質の向上を推進する。

- サービス提供体制強化加算

有資格者を一定基準雇用し、サービス提供体制が高い基準を満たしている事業所に対して算定される加算。

- 介護職員処遇改善加算

介護職員の安定的な処遇改善を図るための環境整備とともに、介護職員の賃金改善に充てることを目的に創設された加算

- ベースアップ等支援加算

介護職員等の処遇改善を目的とし、一人当たりの収入を引き上げるための加算

- 地域区分加算

介護保険の費用は全国一律に決められていますが、年によって物価や人件費に違いがあるため、地域区分加算という決まりで不公平の生じない制度が作られています。当事業所は地域区分加算 6 級地に該当するため、2.7%の加算を頂いております。

介護保険給付対象外サービスの利用料

紙おむつ代（テープタイプ）	1 枚 100 円
紙おむつ代（リハビリタイプ）	1 枚 120 円
紙おむつ代（尿取りパット）	1 枚 30 円
複写物の交付代	1 枚 3 円
材料代（クラブ活動・行事）	実 費

(2) キャンセル料金

キャンセル料金についての規定は特にありません。

(3) 料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月 10 日までに当月分の料金を請求いたしますので、翌月 20 日までにあらかじめ指定の方法でお支払いください。

4 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

居宅サービス計画が作成されている場合は、それに基づき第 1 号通所事業計画作成と同時に契約を締結しサービス提供を開始します。

(2) サービスの終了

① ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の 1 週間前までに文書でお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了 1 ヶ月までに文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

- ・ ご利用者が死亡した場合
- ・ ご利用者の要介護状態区分が要介護となった場合
- ・ 事業対象者でないご利用者の要介護状態区分が自立となった場合
- ・ チェックリスト該当者の介護予防サービス・支援計画に基づく期間が満了した場合
- ・ ご利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ ご利用者が介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、又は介護予防認知症対応型共同生活介護を受けることとなった場合
- ・ ご利用者から契約更新しない旨の申し出があり、契約期間が満了した場合

④ その他

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、ご利用者は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・ ご利用者が、サービス利用料金の支払いを 3 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず 10 日以内に支払わない場合、またはご利用者やご家族の方などが、当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当事業所により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・ 風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます

- ・ 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または中止することがございます。
- ・ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがございます。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・ 他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。
- ・ 事故発生時の対応として、事業者は、第1号通所事業の提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに家族または緊急連絡先へ連絡するとともに、医療機関に協力要請を取るなど必要な措置を講じます。

5 苦情・相談の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

(1) 事業所専用窓口

苦情受付担当者	管理者	端名 正和 (はたな まさかず)
受付時間	月曜日～金曜日	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
電話番号	0749-29-9029	

(2) 行政機関その他苦情受付機関

滋 賀 県 国民健康保険団体連合会	〒520-0043 大津市中央 4 丁目 5 番 9 号 TEL (077) 522-2651 (代表) 受付時間 午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分 (土・日・祝日は除く)
彦 根 市 福祉保健部 高齢福祉推進課	〒522-0057 彦根市八坂町 1900-4 くすのきセンター2 階 TEL (0749) 24-0828 受付時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 (土・日・祝日は除く)

【事業所】

彦根市開出今町 1414-6 TJF-KAI 1・2

デイサービス スリースターズ (指定番号 2570201620)

説 明 者 _____

上記の内容の説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

本人氏名 _____

【家族代表者】

家族代表者氏名 _____