

<地域密着型通所介護・第1号通所事業「国基準通所型」重要事項説明書>

2024年 6月1日 現在

1 事業所概要

①事業所情報

事業所名	デイサービス シルバーおおなわ
所在地	函館市大縄町1番4号
連絡先	TEL 0138-21-1600 FAX 0138-21-1601
管理者名	小笹 晶子
サービス種類	地域密着型通所介護計画・第1号通所事業計画（国基準通所型）に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、口腔機能向上サービス、その他必要な介護業務を行います。
介護保険指定番号	0171403462
サービス提供地域	函館市（旧4町村を除く）

※サービス提供地域に関して、提供地域外の方はご相談ください。

②営業時間

平日	午前8:30～午後5:30
----	---------------

③職員体制

	資格	常勤	非常勤	合計
管理者		1名	名	1名
看護職員 機能訓練指導員	看護師・准看護師	1名	名	1名
生活相談員	社会福祉士・精神保健福祉士	1名	名	1名
介護職員	介護福祉士・介護職員初任者研修修了者または介護職員実務者研修ほか	2名	2名	4名

④事業計画・財務内容・サービス提供記録について

利用者様及びそのご家族様に対し、要望があれば開示することができます。

⑤事業目的・運営方針

事業目的	本事業者が開設する「デイサービス シルバーおおなわ」が行う地域密着型通所介護及び第1号通所事業（国基準通所型）の運営及び利用について必要な事項を定め、通所介護事業の円滑な運営を図ることを目的とする。
運営方針	事業所は、利用者が要介護及び要支援の状態になった場合においても、可能な限り居宅において、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に機能訓練及び必要な日常生活上の世話をを行うことにより利用者の社会的孤立感の解消、心身機能の維持、利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図るものとする。

2 当事業所連絡先窓口（相談・苦情・キャンセル連絡等）

電話番号	0138-21-1600
担当者	管理者 小笹 晶子
受付時間	午前9:00～午後5:00

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談に関しては各市町村でも受け付けております。

3 利用料金 ※介護保険負担割合証に応じて負担割合変わります。

①地域密着型通所介護利用料金（6時間以上～7時間未満）

介護保険適用	単位	1割負担（円）	2割負担（円）	3割負担（円）
要介護1	678 単位	678	1,356	2,034
要介護2	801 単位	801	1,602	2,403
要介護3	925 単位	925	1,850	2,775
要介護4	1,049 単位	1049	2,098	3,147
要介護5	1,172 単位	1172	2,344	3,516

②地域密着型通所介護利用料金（7時間以上～8時間未満）

介護保険適用	単位	1割負担（円）	2割負担（円）	3割負担（円）
要介護1	753 単位	753	1,506	2,259
要介護2	890 単位	890	1,780	2,670
要介護3	1,032 単位	1032	2,064	3,096
要介護4	1,172 単位	1172	2,344	3,516
要介護5	1,312 単位	1312	2,624	3,936

※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。

【加算項目】

入浴介助加算Ⅰ	40 単位	日	
個別機能訓練加算Ⅰイ	56 単位	日	
個別機能訓練加算Ⅱ	20 単位	月	
口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位	日	※月2回を限度として
ADL維持等加算Ⅰ	30 単位	月	
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Ⅲ	8.0% 単位	月	総介護報酬に応じて

【減算項目】

同一建物減算	-94 単位	日
送迎未実施減算	-47 単位	日

⑤第1号通所事業（国基準型通所型）

介護保険適用	単位	1割負担（円）	2割負担（円）	3割負担（円）
週1回程度の利用 （要支援1・事業対象者）	1,798 単位	1,798	3,596	5,394
週2回程度の利用 （要支援2・事業対象者）	3,621 単位	3,621	7,242	10,863

※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。

【加算項目】

口腔機能向上加算Ⅱ	160 単位	月	
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Ⅲ	8.0% 単位	月	総介護報酬に応じて

【減算項目】

同一建物減算1	-376 単位	月
同一建物減算1	-752 単位	月
送迎未実施減算	-47 単位	片道
送迎未実施減算	-94 単位	往復

食材料費用	昼食代 おやつ代	600 円
その他	レクリエーション代 処置代	実費
オムツ	一枚につき	150 円
パッド	一枚につき	50 円

④交通費（通常の実地地域を超えた場合）

交通費	1kmにつき	50 円
-----	--------	------

⑤キャンセル料金

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記キャンセル料を頂きます。キャンセルが必要になった場合下記の連絡先に至急ご連絡ください。

連絡先	電話番号：0138-21-1600
キャンセル料頂く場合	1. ご利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合 無料
	2. ご利用日の前営業日の17時以降にご連絡頂いた自己都合の場合 サービス利用料の50%（病気の場合は 無料）

⑥料金の支払い方法

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、25日までにお支払いお願い致します。

お支払方法は、原則現金払いとさせていただきます。（銀行引き落とし希望の方は御相談ください）

4 サービスの利用方法

①サービス利用開始

ケアマネージャーを通し、申し込みをお願い致します。通所介護計画書と同時に契約を結びサービスを開始します。

②サービス利用終了

・お客様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2週間前までに文書でお申し出ください。

・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ヶ月前までに文書で通知いたします。

- ・お客様が介護保険施設に入所された場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)もしくは要支援と認定された場合または、要支援が要介護と認定された場合。

※この場合、条件を変更して再度契約することが出来ます。

- ・お客様が亡くなられた場合

④その他

・当社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、お客様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、もしくは当社が破産した場合、お客様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。

・お客様が、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、もしくはお客様やご家族の方などが、当社や当社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、当社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あります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応いたします。

5緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、下記主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	医療機関		主治医	
	連絡先			
ご家族	氏名		続柄	
	連絡先			

6 事故発生時の対応方法

サービス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、利用者に係わる居宅介護支援事業者（介護予防にあっては地域包括支援センター）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。

7 第三者評価事業実施状況

実施状況の有無	無し
---------	----

8 サービスに関する苦情

【弊社お客様相談窓口】

苦情相談窓口担当	小笹 晶子
受付日	月曜日～金曜日（土曜日・日曜日・12月30日から1月3日までを除く）
受付時間	午前9：00～午後5：00

【その他】

函館市	保健福祉部高齢福祉課 高齢者・介護総合相談窓口	電話番号：0138-21-3025
北海道	国民健康保険団体連合会（苦情相談専用）	電話番号：011-231-5175

【会社概要】

社名	株式会社 シルバーサポート
資本金	500万円
社員数	10名
設立	平成24年7月11日
本社所在地	函館市若松町38番19号
代表者	代表取締役 小笹 明
事業内容	サービス付き高齢者向け住宅管理・運営/通所介護

重要事項説明書の説明年月日		令和	年	月	日
【事業者】	所在地	函館市若松町38番19号			
	法人名	株式会社 シルバーサポート			
	代表者名	代表取締役 小笹 明			
	事業所名	デイサービス シルバーおおなわ (指定番号0171403462)			
	説明者				
					印

上記事業者より本書の説明を受け、同意しました。

【ご利用者様】	住所	
	氏名	印
【代筆者様】	住所	
	氏名	(続柄:) 印
	署名代行理由	
【代理人様】	住所	
	氏名	(続柄:) 印