

重 要 事 項 説 明 書

株式会社 FUNSTYLE

デイサービス S T - M O V E

令和7年6月1日

通所介護重要事項説明書

1 当事業所の概要

- (1)事業所名 デイサービス ST-MOVE
(2)所在地 兵庫県伊丹市寺本3丁目31
(3)電話番号 072-744-2908
(4)代表者氏名 山田 具弘
(5)設立年月日 令和7年6月1日
(6)介護保険法に基づき知事から指定を受けている事業所

| 事業所名 | 所在地 |
|----------------|---------------|
| デイサービス ST-MOVE | 兵庫県伊丹市寺本3丁目31 |

2、サービスを提供する事業所

① 提供できるサービスの種類と地域

| | |
|------------|---|
| 事業所名 | デイサービス ST-MOVE |
| 所在地 | 兵庫県伊丹市荒牧3丁目31 |
| 電話番号 | 072-744-2908 |
| 介護保険指定番号 | 2893300612 |
| サービス提供地域 | 伊丹市全域 |
| 事業の目的と運営方針 | 株式会社FUN STYLEが設置する（介護予防）認知症対応型通所介護事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関するため、事業所の介護福祉士、看護師等の看護職員、介護職員（以下「（介護予防）認知症対応型通所介護事業者」という。）が、要介護状態の利用者に対し、適切な（介護予防）認知症対応型通所介護を提供することを目的とする。 |

② 同事業所の職員体制

| | 専従(常勤) | 専従(非常勤) | 兼務(常勤) | 兼務(非常勤) | 合計 |
|---------|--------|---------|--------|---------|----|
| 施設長 | | | 1 | | 1 |
| 生活相談員 | 1 | | | | 1 |
| 看護師 | | | 1 | | 1 |
| 介護職員 | | 1 | 1 | | 2 |
| 機能訓練指導員 | | | 1 | | 1 |

3、通所介護の内容

| | |
|------------|--|
| ① ご利用時間 | 午前8時30分～午後16時30分 |
| ② ご利用場所 | 兵庫県伊丹市寺本3丁目31 |
| ③ 定休日・休業日 | 定休日：日曜日 休業日：年末年始(12/30～1/3) |
| ④ ご利用可能施設等 | 一般浴室、相談室、静養室 食堂兼デイルーム、送迎車2台 |
| ⑤ サービス内容 | 通所介護計画に沿って、送迎・入浴・食事の提供、機能訓練、口腔機能向上 その他必要な介護を行います。 |
| ⑥ 施設の概要 | 建物は2階建て木造民家 1F床面積 65.13m ² 2F床面積 51.88m ² 延床面積 117.01m ² 利用定員 11名 浴室完備（個別浴） |

4、通所介護利用料金表

利用料(介護保険給付の自己負担1割～3割)

(1) 介護保険通所介護費の利用料

1単位:10円55銭

| 介護度 | 5時間以上 6時間未満 | 6時間以上 7時間未満 | 7時間以上 8時間未満 | 認知通所介護 入浴介助加算 | サービス提供 強化加算 I | 介護職員等処遇改善加算善加算 II |
|------|----------------|----------------|----------------|------------------|------------------|----------------------|
| 要支援1 | 741単位 | 760単位 | 861単位 | | | |
| 要支援2 | 828単位 | 851単位 | 961単位 | | | |
| 要介護1 | 858単位 | 880単位 | 994単位 | | | |
| 要介護2 | 950単位 | 974単位 | 1102単位 | 40単位/1回 | (I)22単位/回 | (II)17.4% |
| 要介護3 | 1040単位 | 1066単位 | 1210単位 | | | |
| 要介護4 | 1132単位 | 1161単位 | 1319単位 | | | |
| 要介護5 | 1225単位 | 1256単位 | 1427単位 | | | |

※入浴を希望される場合は40単位/1回又は55単位/回の加算となります。

※サービス提供強化加算は(I)22単位/1回・(II)18単位/回・(III)6単位/回の加算となります。

※若年性認知症利用の方は、60単位/1回の加算となります。

※介護職員等処遇改善加算(I)18.1%・(II)17.4%・(III)15.0%・(IV)12.2%いずれかは、介護職員の処遇改善費として、ご利用単位数の加算となります。(支給限度額単位とは、対象外です。)

(2) キャンセル規定

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

| | |
|--------------------------|------------------|
| ご利用日の当日午前8時までにご連絡がなかった場合 | 介護保険料1割と食材料費700円 |
|--------------------------|------------------|

※ 送迎に影響を及ぼす恐れがありますので、お休みされる場合は決まり次第、ご連絡いただきますようご協力お願いします。

利用者の利用料(負担金)においては実施したサービスの各単位を合算した上で、1単位：10円55銭を乗じてその1割または2割または3割を徴収させていただきます。月末締めで翌月払いとなり、各金融機関より引き落としをお願いいたします。

(3) その他の利用料(介護保険適用以外の実費ご請求額)

食材費・おやつ代として1食あたり850円を徴収させていただきます。

物価の変動により、食材費の変動もございますので予めご了承ください。

(4) 個別レクリエーション参加費1ヶ月500円(テラリュウム) 参加希望者のみ

(5) ご利用中消耗品を使用した場合は、実費(紙オムツ110円・パット50円)を徴収させていただきます。

(6) 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者に支払われない場合はその保険料を事業所は、利用者に対し直接請求する事が出来ます。

(6) 病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。

① 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービス内容の変更または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します。

② 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します。又 必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等の措置を講じます。

③ サービスを中止した場合、同月内であればご希望の日に振り替えることができます。

※ただし、定員数分の予約が入っている日は振り替えできませんので、ご了承ください。

5. 相談・要望・苦情等の窓口

通所介護に関する相談、要望、苦情等は相談担当者か下記窓口までお申し出下さい。

相談員

山田 具弘

☆ 相談窓口

＜事業所＞ デイサービスST-MOVE

＜所在地＞ 兵庫県伊丹市寺本3丁目31

＜電話番号＞ 072-744-2908

＜FAX番号＞ 072-744-2909

＜相談方法＞ 電話・FAX・文章

＜受付時間＞ 平日 9:00～16:00

☆ 各市町村窓口

伊丹市介護保険課 072-784-8037

☆ 国民健康保険団体連合会 078-332-5601

6 虐待防止について

事業所は、利用者の人権擁護・虐待の防止等の為、指針を整備し責任者を設置する必要な体制の整備を行うとともにその従業者に対し、虐待防止を啓発、普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

- ①事業所は利用者が成年後見制度を利用出来る支援を行う。
- ②当該事業所従業者は擁護者（現に養護している家族・親戚・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。
- ③虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ④事業所は次の通り虐待防止責任者を定めます。 役職 管理者 氏名 山田 具弘

7 感染症対策について

事業所において感染症が発生し、又、蔓延しないように次に掲げる措置を講じます。

- ①従業員等の清潔保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ②事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に務めます。
- ③事業所における感染症の予防及び蔓延防止のための対策を検討する委員会を概ね6カ月に1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底します。
- ④事業所における感染症の予防及び蔓延防止のための指針を整備します。
- ⑤従業者に対し、感染症の予防及び蔓延防止のため研修及び訓練を定期的に実施します。

8 業務継続に向けた取り組みについて

①感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、又、非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画（業務継続計画）を策定し、当該業務計画に沿って必要な措置を講じます。

②従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

③定期的に事業計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

9 事故発生時における対応方法

サービス提供中に体調や容態の急変、その他の緊急事態が生じた時は、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等必要な措置を講じます。

| | | |
|----------------|--------|--|
| 希望する救急搬送先 | 医療機関名称 | |
| | 主治医 | |
| | 所在地 | |
| | 電話番号 | |
| 緊急連絡先 (家族等) | 氏名・続柄 | |
| | 電話番号 | |

10 損害賠償

サービスの提供に伴って、介護従事者が監視、付き添いの元、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、速やかに損害賠償を行います。

② 損害保険の加入の有無

| | |
|------------|---|
| 加入の有・無 | 有 |
| 保険会社/プラン内容 | あいおいニッセイ同和損害保険株式会社/介護保険・社会福祉事業者総合保険 |
| 保障内容 | サービスを行う事業者が、利用者等に対して法律上の損害賠償責任を負担した場合に補償します |

11 サービス利用の流れ

