介護予防・日常生活支援総合事業第一号事業

重要事項説明書

有限会社　一陽

デイサービスセンター　マゼンタ

１．事業者

（１）法人名	有限会社　一陽
（２）法人所在地	群馬県邑楽郡大泉町住吉５４番１１号
（３）電話番号	０２７６－６３－８６００
（４）代表者氏名	代表取締役　田中　和子
（５）設立年月	平成１４年７月５日

２．事業所の概要

（１）事業所の種類	介護予防通所介護相当サービス
（２）事業の目的	要支援状態等である利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防通所介護相当サービスを提供することを目的とします。
（３）事業所の名称	デイサービスセンター　マゼンタ
（４）事業所の所在地	群馬県邑楽郡大泉町 54 番 11 号
（５）電話番号	０２７６－６３－８６００
（６）事業所長（管理者）氏名	濱田　佑介
（７）当事業所の運営方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態等の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。
（８）開設年月	平成１５年１１月１日
（９）利用定員	３０人

３．事業実施地域及び営業時間

（１）通常の事業の実施地域　　大泉町、太田市、邑楽町、千代田町

（２）営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日(12 月 31 日から 1 月 4 日は除く)
営業時間	８：３０～１７：３０
サービス提供時間帯	９：１５～１６：３０

４．職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

従業者の種類	員数	常勤		非常勤	
		専従	兼務	専従	兼務
１．事業所長（管理者）	1		1		
２．介護職員	5	3	1	1	
３．生活相談員	2	1	1		
４．看護職員	2		1	1	
５．機能訓練指導員	1		1		

５．当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

（１） 利用料金が介護保険から給付される場合
（２） 利用料金の金額をご利用者に負担していただく場合

があります。

（１） 介護保険給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の通常８割又は９割が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要＞

① 食事

・ 当事業所では、栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

（食事時間）　　昼　１２：００　～　１３：００

② 入浴

・ 入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③ 排泄

・ ご契約者の排泄の介助を行います。

④ 機能訓練

・ 機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

⑤ 送迎サービス

・ ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

＜サービス利用料金＞　　（令和６年６月１日現在）

下記の料金表によって、ご利用者の要介護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（自己負担額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご利用者の要介護度に応じて異なります。）

※利用者負担額（原則として負担割合証に応じた基本利用料の１割～3 割の額）

利用者の要介護度	基本単位数	サービス提供体制加算Ⅲ	処遇改善加算Ⅳ	サービス利用料金（1 割負担の場合）
事業対象者（要支援１）	①　1,798 単位/月	②24 単位/月	①　②の合計×6.4%	1,938 円（月額）
事業対象者（要支援２）	①　3,621 単位/月	②48 単位/月		3,903 円（月額）

※入浴サービスは基本料金に含まれています。

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

☆　介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

（２）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご利用者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①　食事の材料の提供（食材料費）

料金：　昼　670 円　　※ご契約者に提供する食事の材料にかかる費用です。

②　ﾚｸﾘｴｰｼｮﾝ、ｸﾗﾌﾞ活動

ご契約者の希望によりﾚｸﾘｴｰｼｮﾝやｸﾗﾌﾞ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

③　日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代：　パンツ式　1 枚　110 円
紙オムツ　1 枚　110 円
尿とりパット　1 枚　60 円

（３）　利用料金のお支払い方法

・サービス利用料金は１ヶ月ごとに計算し、翌月１５日までに請求書を利用者に送付します。利用者はこれを翌月末日までに事業者が指定する方法で支払うものとします。

・１ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

（４） 利用の中止、変更、追加

〇利用予定日の前に、ご利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に申し出てください。

〇サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼動状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

６．サービス提供における事業者の義務

事故発生時及び緊急時の対応について

① 当時業者は、利用者に事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、関係諸機関と連携の上、必要な措置を講じます。

② 当事業所は、前項の事故の状況及び事故に際しての処置等について記録・保管し、内容を十分に検討して原因を解明し、再発防止に努めます。

７．守秘義務等

① 事業者及びサービス従事者は、サービスを提供する上で知り得た契約者及び代理人等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約の終了した後も継続します。尚、サービス従事者の退職後も雇用契約で取決め、継続します。

② 事業者は、契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。

③ 前二項にかかわらず、契約者に係る他の居宅介護支援事業所等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文章により得た上で、契約者等の個人情報を用いることができるものとします。

８．損害賠償について

事業所の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。事業者はこれを担保するために損害保険に加入します。

９．苦情の受付について

（１）当事業所における苦情の受付

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。

○　苦情受付担当者　　濱田　佑介

○　苦情受付責任者　　濱田　佑介

○　受付時間　　平日　8：30　～　17：30

○　連絡先　　℡　0276-47-3535

（２）行政機関その他苦情受付機関　(2024.4.1 現在)

大泉町役場 高齢介護課	所在地　群馬県邑楽郡大泉町日の出５５番１号 電話番号　０２７６（６３）３１１１（代表）
千代田町役場 健康福祉課	所在地　群馬県邑楽郡千代田町赤岩１８９５番地１ 電話番号　０２７６（８６）２１１１（代表）
邑楽町役場 福祉介護課	所在地　群馬県邑楽郡中野２５７０番地１ 電話番号　０２７６（８８）５５１１（代表）
太田市役所 介護サービス課	所在地　群馬県太田市浜町２番３５号 電話番号　０２７６（４７）１１１１（代表）
群馬県国民健康保険 団体連合会	所在地　群馬県前橋市元総社３５５番地８ 電話番号　０２７（２９０）１３１９（代表）

令和　　年　　月　　日

介護予防通所介護相当サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。本書２通を作成し、契約者、身元保証人が署名捺印の上、契約者、事業者が各１通を保有するものとします。

事業者　事業者名　有限会社　一陽
住　　所　群馬県邑楽郡大泉町住吉 54 番 11 号
代表者名　代表取締役　田中　和子

事業所　事業所名　デイサービスセンター　マゼンタ
説明者　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意し、本書面の交付を受けました。

契約者　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

身元保証人　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

本人が署名できないため、本人の承諾を得て代理署名をしました。

代理署名人＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　続柄＿＿＿＿＿＿