

指定通所介護サービス重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(群馬県指定 第1070503485号)

当事業所はご契約者に対して指定通所介護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、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方もサービス利用は可能です。

1. 事業者

- (1) 法人名 株式会社 エヴァ 13
- (2) 法人所在地 群馬県太田市龍舞町2807番地1
- (3) 電話番号 0276-55-1776
- (4) 代表者氏名 代表取締役 石山 聖矢
- (5) 設立年月 平成22年12月2日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所・平成30年2月1日指定
群馬県指定 第1070503485号
- (2) 事業所目的 介護保険法に基づく指定通所介護事業
- (3) 事業所名称 デイサービス 凜
- (4) 事業所所在地 群馬県太田市東新町427番地
- (5) 電話番号 0276-40-5915
- (6) 管理者 朝 倉 美 香
- (7) 当事業所の運営方針

事業所の生活相談員等は、利用者の心身の状況を踏まえて、可能な限りその居宅において、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、機能訓練を取り入れた運営を行い、日常生活に必要な機能の維持を念頭に置き、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能維持及び利用者の家族の身体的及び精神的負担を軽減するものとする。

- (8) 開設年月 平成30年 2月 1日
- (9) 利用定員 20名

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 太田市

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
受付時間	月曜日～土曜日 8：30～17：30
サービス提供時間	月曜日～土曜日 9：00～16：30

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約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＞※職員の配置は、指定基準を満たしてしています。

職種	職員数
1. 事業所長（管理者）	1名（常勤兼務）
2. 介護職員	3名以上
3. 生活相談員	2名以上
4. 看護職員	1名以上
5. 機能訓練指導員	1名以上

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤務体制
1. 介護職員	勤務時間： 8：30～17：30
2. 看護職員	勤務時間： 9：00～13：00
3. 機能訓練指導員	☆上記看護職員が兼務します

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、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

- | |
|---------------------------|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合 |
| (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）＊

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割又は8割又は7割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

① 食事（食材料費は別途いただきます。）

当事業所では、調理スタッフの立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。ご契約者の自立支援のため離床して食堂及び機能訓練室にて食事をとっていただくことを原則としています。

（食事時間） 12：00～13：00

② 排泄

ご契約者の排泄介助を行います。

〈サービス利用料金（１回あたり）〉（契約書第６条参照）

下記の料金表によって、ご契約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、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

要介護度の方					単位(円)
１．ご契約者の 要介護度とサー ビス利用料金	要介護１ ６，６７２	要介護２ ７，８７８	要介護３ ９，１２６	要介護４ １０，３７３	要介護５ １１，６４０
２．うち介護保 険から給付され る金額	６，００５	７，０９１	８，２１４	９，３３６	１０，４７６
３．サービス利 用に係る自己負 担額（１－２）	６６７	７８７	９１２	１，０３７	１，１６４

☆ ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス料金の全額を一度お支払いいただきます。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆ ご契約者に提供する食事の材料に係る費用は別途頂きます。（下記（２）①参照）

☆ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合せて、ご契約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契約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（食費）

ご契約者に提供する食事の材料にかかる費用です。

料金：１食あたり５００円 おやつ代（別途１食１００円）

② レクリエーション、クラブ活動

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

利用料金：材料代等の実費を頂きます。

③ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき30円

④ 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：180円

☆ 経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までに書面と説明会を開催しご説明します。

(3) 利用代金のお支払方法（契約書第6条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、翌月末日までにお支払ください。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第7条参照）

利用予定日の前に、ご契約者の都合により、指定通所介護サービスの利用を中止又は変更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までに事業者に出してください。

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取り消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。その都度ご利用者・事業者で話し合いを持ちます。

利用予定日の前日に申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出が なかった場合	当日利用料金の10%又は20% 又は30%（自己負担相当額）

サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約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契約者に提示して協議します。

5. 苦情の受付について（契約書第14条参照）

（１） 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

（苦情受付窓口）

担当者 朝倉 美香（管理者）
受付時間 毎週月曜日～土曜日
8：30～17：30
電話番号 0276-40-5915

また、苦情受付ボックスを窓口に設置しています。

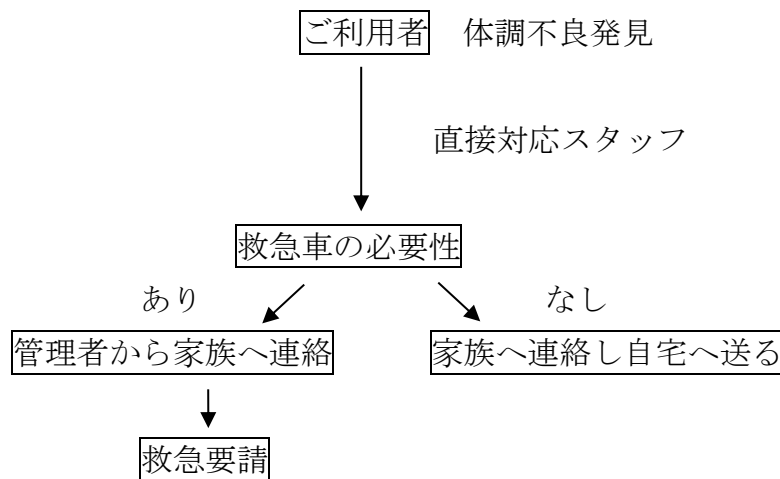
（２） 行政機関その他苦情受付機関

太田市役所 介護サービス課	所在地 太田市浜町2-35 電話番号 0276-47-1856
伊勢崎市役所 介護保険課	所在地 伊勢崎市今泉町2-410 電話番号 0270-27-2743
群馬県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情処理相談窓口	所在地 前橋市元総社町335-8 電話番号 027-290-1323
草加市役所 地域介護課	所在地 草加市高砂1-1-1 電話番号 048-922-1421
越谷市役所 介護保険課	所在地 越谷市越ヶ谷4-2-1 電話番号 048-963-9168
八潮市役所 長寿介護課	所在地 八潮市中央1-2-1 電話番号 048-996-2111
三郷市役所 介護保険課	所在地 三郷市花和田648-1 電話番号 048-930-7791
埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係	所在地 さいたま市中央区大字下落合1704 電話番号 048-824-2568

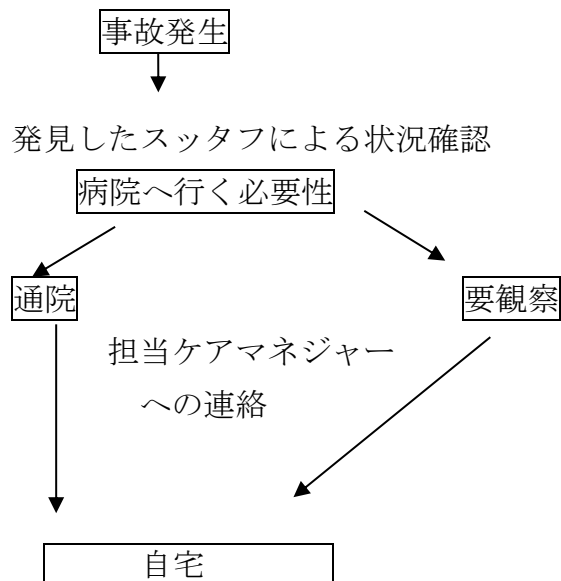
6. 事故発生時の対応方法

事故が発生した場合の対応は状況に応じて次の通りに行います。

(1) ご利用者がサービス提供時間内に体調を崩した場合。



(2) 事故発生の場合



管理者・直接対応スタッフがご利用者自宅へ行き状況の説明。全スタッフで再発防止のための「事故再発防止会議」にて情報の共有。

(3) 食中毒及び感染症、結核の発生

関係機関へ連絡し、指示を受ける。

7. 第三者評価の実施状況

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施していません。

指定通所介護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。

デイサービス 凜

説明者職名 管理者 氏名 朝 倉 美 香



私は、本書に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意し、交付を受けました。

令和 8 年 6 月 1 日

(利用者) 住所 群馬県太田市東新町427番地 エヴァースオオタ東新町支部
氏名 印

(代理人) 住所
氏名 印

*この重要事項証明書は、厚生省令第37号(平成11年3月31日)第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。