

# 重要事項説明書

介護予防・日常生活支援総合事業第一事業通所事業(狭山市)

(通所型 サービスA)

利用者： \_\_\_\_\_ 様

事業者： 株式会社 メルフィス \_\_\_\_\_

**介護予防・日常生活支援総合事業  
第1号通所事業（サービスA）重要事項説明書  
＜令和7年2月1日＞**

**1. 事業者（法人）の概要**

事業者（法人）の名称	株式会社メルフィス
主たる事務所の所在地	〒350-1306 埼玉県狭山市富士見二丁目18番35号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 藤田忠昭
設 立 年 月	平成19年5月
電話番号	04-2950-3012

**2. ご利用事業所の概要**

ご利用事業所の名称	アカラリゾート	
サービスの種類	第1号通所事業（サービスA）	
事業所の所在地	〒350-1306 埼玉県狭山市富士見1-27-25アマン富士見1階	
電話番号	04-2935-3604	
指定年月日・事業所番号	平成29年10月1日指定	1172701391
利用定員	定員3人	
事業の実施地域	狭山市	

**3. 事業の目的と運営の方針**

事業の目的	要支援状態にある利用者が、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、介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	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。

**4. 提供するサービスの内容**

第1号通所事業（サービスA）は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

## 5. 営業日時

営業日	月・火・水・金・土曜日（祝日含む）※木曜日は休業 但し、年末年始（12月29日から1月3日）は休業日
営業時間	午前8時30分から午後17時30分まで
サービス提供時間	午前10時00分から午後13時00分迄

## 6. 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	社会福祉主事	1名	名	1名
介護職員	ヘルパー2級	1名	1名	2名

## 7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	管理者 高橋 信夫
----------	-----------

## 8. 利用料

サービスを利用した場合の「基本利用料」及び利用者からお支払いいただく「利用者負担金」は、は以下のとおりです。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 第1号通所事業（サービスA）の利用料金

狭山市地域区分 6級地 10.27円/単位

介護保険適用	事業対象者	単位 (1単位 10.27円)	費用額 (10割分)	1割 負担分	2割 負担分	3割 負担分
通所型サービスA ※週に1回程度	要支援1・2 ※1月の中で全 部で4回迄	426単位	4,375円	438円 (1回の料金)	875円 (1回の料金)	1,313円 (1回の料金)
通所型サービスA ※週に2回程度	要支援2 ※1月の中で全 部で8回迄	426単位	4,375円	438円 (1回の料金)	875円 (1回の料金)	1,313円 (1回の料金)

○自費をいただくもの（介護保険適用外）

昼食代	700円（税別）
お茶菓子代	200円（税別）
おむつ代	100円（税別）
ベッド代	50円（税別）
入浴代	500円（税別）
送迎費用（往復）	200円（税別）
行事に係る費用・教材費	実費

**(1) 交通費**

通常の事業の実施地域を越える場合の交通費。1kmにつき10円。

- (2) 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、下記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

(連絡先：アカラリゾート TEL04-2935-3604)

① ご利用日の前営業日の18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18時までにご連絡がなかった場合	デイサービス利用料の10%（税別）

- (3) 料金の支払方法毎月月末締めとし、翌月15日以降に当月分の料金を請求いたしますので、末日までにあらかじめ指定の方法でお支払いください。

**(4) 支払い方法**

上記(1)から(3)までの利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求します。

料金の支払方法毎月月末締めとし、翌月15日以降に当月分の料金を請求いたしますので、末日までにあらかじめ指定の方法でお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、翌月15日以降に差し上げます。

**9 秘密の保持**

- (1) 従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。
- (2) 利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いませぬ。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。
- (3) 利用者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイ

ダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

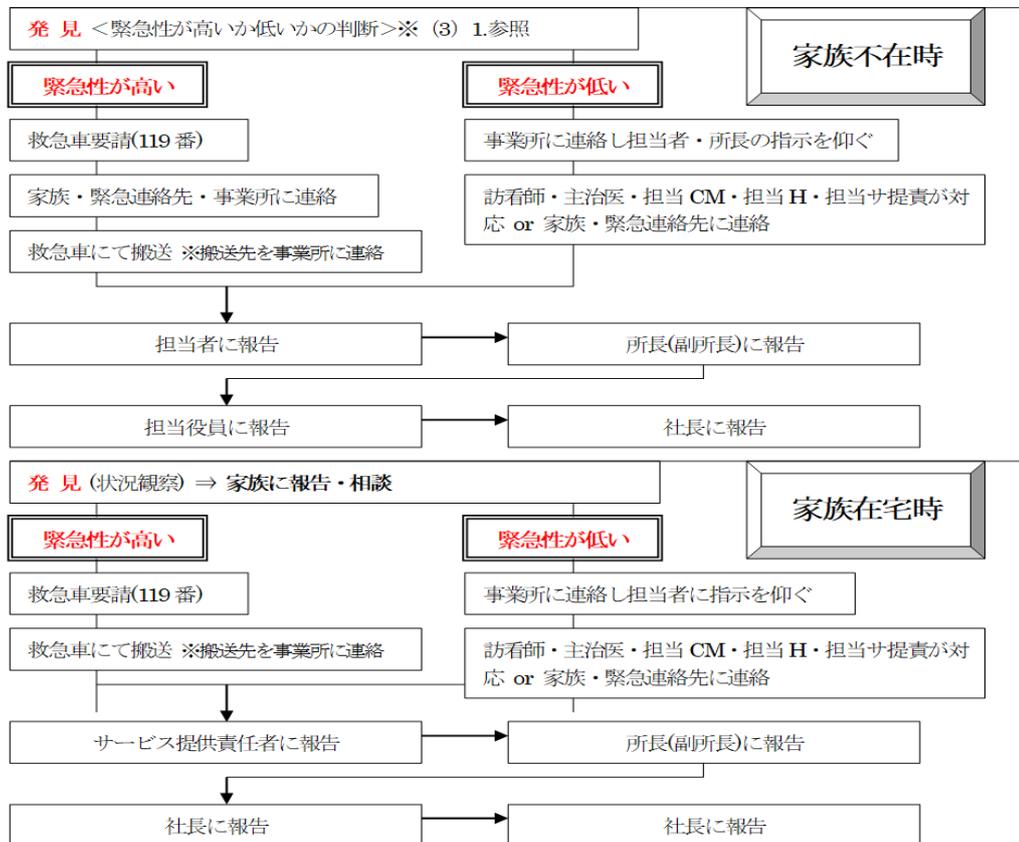
## 10. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、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。

主治の医師	医療機関の名称	
	氏 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
緊急連絡先 (家族等)	氏 名	
	電 話 番 号	

## 11. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター及び狭山市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。



## 1 2. 苦情相談窓口

< 苦情処理の体制、手順 >

- (1) ご利用者様またはご家族様からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。
- (2) 苦情や相談があった場合、苦情相談担当者はしっかりとお話を聞き、場合によってはご自宅へ伺うなど、状況の把握や事実確認に努めます。
- (3) 苦情相談担当者（応対者）は速やかに管理者に状況等の報告を行い、ご利用者様またはご家族様の立場に立った適切な対処方法を検討します。
- (4) 検討内容については適宜連絡いたします。また、最終的な対処方法などは必ずご利用者様またはご家族様へ報告します。
- (5) 苦情または相談内容については真摯に受け止め、個人情報の取り扱いに十分配慮した上で、再発防止策や今後のサービス向上のための取り組みを従業員全員で検討します。

### (1) 当事業所の相談・苦情窓口

担当者	【苦情受付担当者】生活相談員 山田 勝 【苦情解決責任者】管理者 高橋 信夫
連絡先	電話番号：04-2935-3604 FAX:04-2935-4808
受付時間	事業所の営業時間と同じ

### (2) 当事業所以外の相談・苦情窓口

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等でも受付けています。

市 町 村	担 当 部 署	狭山市役所 介護保険課
	所 在 地	埼玉県狭山市入間川 1 丁目 23 番 5 号
	連 絡 先	04-2953-1111 (代表)
	受 付 時 間	8 時 3 0 分 ~ 1 7 時 1 5 分

## 1 3. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

## 1 4. 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無	有 ・ <input type="checkbox"/> 無
-------	--------------------------------

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 埼玉県狭山市富士見二丁目18番35号

事業者（法人）名 株式会社メルフィス

代表取締役 藤田忠昭

事業者 所在地 埼玉県狭山市富士見1-27-25 アマン富士見1階

事業所名 アカラリゾート

管理者 高橋 信夫 印

説明者 職種 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。  
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印

署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏名 \_\_\_\_\_ 印

立会人 住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印