

指定通所介護  
通所型サービス（予防通所相当）  
重要事項説明書

「みよし翔裕館」  
〔令和 年 月 日現在〕

1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社サンガジャパン
代表者役職・氏名	代表取締役 神成 裕介
本社所在地・電話番号	〒330-0854 埼玉県さいたま市大宮区桜木町四丁目252番地 TEL048-613-
法人設立年月日	令和3年1月1日

2 サービスを提供する事業所の概要

(1) 事業所の名称等

名称	みよし翔裕館
事業所番号	指定通所介護・日常生活支援総合事業・通所型サービス（予防通所相当） （指定事業所番号）
所在地	〒354-0045 埼玉県入間郡三芳町大字上富字吉拓496番1
電話番号	049-259-6580
FAX番号	049-274-5850
通常の事業の実施地域	三芳町、富玉見市、ふしみ野市、所沢市一部（中新井、神木金、北岩岡、花園、下富、中富、中富南、日比田、松郷、新郷、東所沢、東所沢和田、本郷、下安松、上安松、北原町、南永井、生
利用定員	20名

(2) 事業所の窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日（1月1日から1月2日までを除く。）
営業日	但し、12月31日、1月3日が日曜日の場合、及び2月の第2・第4日曜日は営業を行なう。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分
サービス提供時間	午前9時30分から午後4時45分

(3) 事業所の勤務体制

職種	業務内容	勤務形態・人数
管理者	・従業者と業務の一元管理を行います。 ・従業者に法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	人（常勤）
生活相談員	・生活相談、入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助を行います。	人（常勤） 人（非常勤）
介護職員	・必要な日常生活の世話及び介護を行います。	人（常勤） 人（非常勤）
機能訓練指導員	・機能の減衰を防止するための訓練を行います。	人（常勤） 人（非常勤）
看護職員	・利用者の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護を行う。	人（常勤） 人（非常勤）

3 サービス内容

(1) 身体介護に関すること

日常生活動作能力の程度により、必要な支援及びサービスを提供する。  
排泄の介助、養護、その他必要な身体の介護

(2) 入浴に関すること

家庭において入浴することが困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを提供する。  
衣類着脱の介護、移動・移乗の介助、養護、その他必要な身体の介護

(3) 食事に関すること

給食を希望する利用者に対して、必要な食事のサービスを提供する。

(4) 生活リハビリテーションに関すること

利用者が、生きがいのある快適で豊かな日常生活を送ることができるよう、レクリエーション・生活リハビリテーションを実施する。

これらの活動を通じて仲間づくり、老いや障害の受容、心身機能の維持・向上、自信の回復や情緒安定を図る。

(5) 送迎に関すること

送迎を必要とする利用者に対し送迎サービスを提供する。送迎車両には介護従事者が添乗し必要な介護を行う。

送迎、移動、移乗動作の介助

(6) 相談・助言に関すること

利用者及び、その家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行う。

4 利用料、その他の費用の額

(1) 通所介護の利用料

① 基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は、原則として基本利用料の1割, 2割又は3割の額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

通所介護費（通常規模型）：地域区分別1単位の単価（6級地）10.27円

一回あたりの 所要時間	介護度	基本利用料	利用者負担額		
			1割	2割	3割
3時間以上 4時間未満	要介護1 368 単位	3,779 円	378 円	756 円	1,134 円
	要介護2 421 単位	4,323 円	433 円	865 円	1,297 円
	要介護3 477 単位	4,898 円	490 円	980 円	1,470 円
	要介護4 530 単位	5,443 円	545 円	1,089 円	1,633 円
	要介護5 585 単位	6,007 円	601 円	1,202 円	1,803 円
5時間以上 6時間未満	要介護1 567 単位	5,823 円	583 円	1,165 円	1,747 円
	要介護2 670 単位	6,880 円	688 円	1,376 円	2,064 円
	要介護3 773 単位	7,938 円	794 円	1,588 円	2,382 円
	要介護4 876 単位	8,996 円	900 円	1,800 円	2,699 円
	要介護5 979 単位	10,054 円	1,006 円	2,011 円	3,017 円
7時間以上 8時間未満	要介護1 655 単位	6,726 円	673 円	1,346 円	2,018 円
	要介護2 773 単位	7,938 円	794 円	1,588 円	2,382 円
	要介護3 896 単位	9,201 円	921 円	1,841 円	2,761 円
	要介護4 1018 単位	10,454 円	1,046 円	2,091 円	3,137 円
	要介護5 1142 単位	11,728 円	1,173 円	2,346 円	3,591 円

② 加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

加算の基準に適合していると市に届け出している加算

加算の種類	要件	利用料	利用者負担額		
			1割	2割	3割
入浴介助加算	40単位	410 円	41 円	82 円	123 円
介護職員処遇改善加算 I	介護職員の賃金の改善等を実施し、加算のキャリアパス要件と定量的要件を満たす場合	1ヶ月につき 介護報酬総単位数の5.9%			

加算の種類	要件	利用料	利用者負担額
介護職員等特定処遇改善加算 II	介護職員の賃金の改善等を実施し、加算のキャリアパス要件と定量的要件を満たす場合	1ヶ月につき 介護報酬総単位数の1.0%	

(2) 通所型サービス（予防通所相当・日常生活支援総合事業・第1号通所事業）の利用料

① 基本利用料

利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は、原則として基本利用料の1割、2割又は3割の額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

予防通所相当費：地域区分別1単位の単価（6級地）10,27円

区分		基本利用料	利用者負担額	
要支援1 又は通所型サービス (予防通所相当週一回程度の利用)	384単位 ※月5回以上ご利用 の場合は一律1672単位	1回	1回	
		3,943 円	1割	394 円
			2割	788 円
			3割	1,182 円
要支援2 又は通所型サービス (予防通所相当週二回程度の利用)	395単位 ※月9回以上ご利用 の場合は一律3428単位	1回	1回	
		4,056 円	1割	405 円
			2割	811 円
			3割	1,216 円

② 加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

加算の基準に適合していると市に届け出ている加算

加算の種類	要件	利用料	利用者負担額
介護職員処遇改善加算Ⅰ	介護職員の賃金の改善等を実施し、加算のキャリアパス要件と定量的要件を満たす場合	1ヶ月につき 介護報酬総単位数の5.9%	

加算の種類	要件	利用料	利用者負担額
介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	介護職員の賃金の改善等を実施し、加算のキャリアパス要件と定量的要件を満たす場合	1ヶ月につき 介護報酬総単位数の1.0%	

(3) その他の費用

送迎費	通常の事業所の実施地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域にお住まいの方は、送迎に要する下記の費用をご負担していただきます。 ① 通常の事業の実施地域を越えた地点から片道10km未満 300円/1回 ② 通常の事業の実施地域を越えた地点から片道10km以上 600円/1回
食費 (おやつ代含む)	1日につき 800円 (内訳：食事一食あたり 700円、おやつ代 100円)
オムツ代	パット50円、リハビリパンツ100円、オムツ150円
日常生活費	利用者の希望により提供する日常生活上必要な費用として、実費をご負担していただきます。行事参加費 実費

(4) キャンセル料

利用予定日の前日にキャンセルをした場合は、キャンセル料をいただくことはありません。ただし、利用日の急変や急な入院等、緊急やむを得ない事情がある場合は請求しません。なお、サービスの利用を中止する場合には、至急、御連絡ください。

① キャンセルにかかる費用

利用日の前日午後5時までの連絡があった場合	無料
利用日の当日に連絡があった場合	当該基本料金の50%の額
連絡がなかった場合	当該基本料金の100%の額

5 利用者負担額、その他の費用の請求及び支払方法

(1) 請求方法

- ① 利用者負担額、その他の費用は利用月ごとの合計金額により請求します。
- ② 請求書は、利用月の翌月15日までに利用者あてに郵送致します。

(2) 支払い方法等

- ① 請求月の27日までに、下記の方法でお支払いください。
  - ・ 利用者が指定する口座からの自動振替
- ② お支払いを確認しましたら、領収証をお渡します。必ず保管して下さい。  
※ 医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。

6 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、従業員である期間及び従業員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で利用者の個人情報を用いませ  
ん。  
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で  
利用者の家族の個人情報を用いませ  
ん。
- (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。総合事業では“市長が定める基準”となります

7 緊急時の対応方法

- サービスの提供中に、利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに主治の  
医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

8 事故発生時の対応

- サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、身元引受人、居宅介護支援事業者等に連絡すると  
ともに、必要な措置を講じます。  
また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。な  
お、

保険会社名	あいおいニッセイ同和保険会社
保険名	介護保険、社会福祉事業者総合保険

9 非常災害対策

(1) 事業所に災害対策に関する担当者（防火責任者）をおき、非常災害対策に関する取り組みを行います。

防火管理者：糟谷 啓之

(2) 非常災害対策に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報、連携体制を整備し、定期的に職員に周知します

(3) 定期的に避難、救助その他必要な訓練を行います。

10 サービス提供に関する相談、苦情

(1) 苦情処理の体制及び手順

- ① サービス提供に関する相談及び苦情を受けるための窓口を設置します。
- ② 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

(2) 苦情相談窓口

担当	管理者 小林 祐介
電話番号	049-259-6580
受付時間	午前8時30分から午後5時30分まで
受付日	月曜日から土曜日まで（1月1日から1月2日までを除く。）

なお、管理者以外の職員も対応いたします。

市町村及び国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口等に苦情を伝えることができます。

株式会社サンガジャパン 管理本部	〒330-0854 埼玉県さいたま市大宮区桜木町4-252 ユニオンビル9階 TEL 048-613-8463 FAX 048-614-1552
三芳町役場 健康増進課 介護保険担当	〒354-8555 埼玉県入間郡三芳町大字藤久保1100番地1 TEL 049-258-0019 (184~187) FAX 049-274-1051
富士見市役所 高齢者福祉課 介護保険係	〒354-8511 埼玉県富士見市大字鶴馬1800番地の1 TEL 049-251-2711
ふじみ野市役所 福祉部 高齢福祉課 介護保険係	〒356-8501 ふじみ野市福岡1-1-1 地域支援課 049-262-9038 TEL 049-262-9037 FAX 049-261-7621
川越市役所 福祉部 介護保険課 施設事業者担当	〒350-8601 埼玉県川越市元町1丁目3番地1 TEL 049-224-6404 FAX 049-224-5384
所沢市 福祉部 高齢者支援課	〒359-8501 埼玉県所沢市並木一丁目1番地の1 TEL 04-2998-9120 FAX 04-2998-9138
埼玉県国民健康保険団体連合会 介護福祉課 苦情対応係	〒338-0002 埼玉県さいたま市中央区大字下落合1704番 国保会館 TEL:048-824-2568 FAX:048-824-2561

11 サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) 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介護支援専門員・日常生活支援総合事業（第1号通所事業）・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。

(2) 主治の医師から指示事項がある場合は申し出てください。

第三者による評価実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
	2 なし	結果の開示	

事業所

< 事業所名 > みよし翔裕館

< 事業所在地 > 埼玉県入間郡三芳町大字上富字吉拓496番1

< 管理者 > 小林 祐介 (印)

(介護保険事業者番号) 1172401422

日常生活支援総合事業（第1号通所事業）の提供にあたり、サービス利用に関する重要事項の説明を致しました。

令和 年 月 日

< 説明者 > \_\_\_\_\_ (印)

日常生活支援総合事業（第1号通所事業）の提供にあたり、サービス利用に関する重要事項の説明を受け同意致します。

利用者

< 住 所 > \_\_\_\_\_

< 氏 名 > \_\_\_\_\_ (印)

(家族の代表・身元引受人)

< 住 所 > \_\_\_\_\_

< 氏 名 > \_\_\_\_\_ (印)

続柄