

指定通所介護

介護予防通所介護相当サービス

重要事項説明書

株式会社サンガジャパン

デイサービスクラシックメデカ大津

デイサービスクラシックメデカ大津
通所介護・介護予防通所介護相当サービス
重要事項説明書
<令和7年5月1日現在>

1 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 077-572-9122 (受付時間: 8:30~17:30)

担当 管理者 増田 義文

ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2 事業所の概要

事業所名称等

事業所名	デイサービスクラシックメデカ大津
所在地	滋賀県大津市逢坂1丁目4番36号
介護保険指定番号	2570106449
通常の事業の実施地域	大津市のうち仰木の里学区、仰木の里東学区、雄琴学区、日吉台学区、坂本学区、下阪本学区、唐崎学区、長等学区、逢坂学区、中央学区、藤尾学区、平野学区、膳所学区

*上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

事業所の職員体制

	人数	業務内容
管理者	1名	事業所の職員の管理及び業務の管理を一元的に行う。
生活相談員	1名以上	利用者及び家族等からの相談に応じ、職員に対する技術指導、通所介護・介護予防通所介護相当サービス計画の作成、関係機関との調整を行う。
看護職員	1名以上	利用者の日々の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護を行う。
機能訓練指導員	1名以上	機能の維持回復及び減衰を防止するための訓練を行う。
介護職員	4名以上	利用者の入浴、給食等の介助又は支援を行う。

(3) 事業所の設備の概要

定員	30名	静養室	1室 2床
食堂兼機能訓練室	1室 127.19 m ²	相談室	1室
浴室	一般浴槽/機械浴	送迎車両	6台

(4) 営業時間

営業時間	8:30~17:30 月曜日~金曜日(祝日も含む)
サービス提供時間	通所介護(介護予防通所介護相当サービス) 月~金曜日・祝日含む ①9:20~16:30 ②9:20~12:30 ③13:20~16:30
休業日	土曜日・日曜日・12月31日から1月3日
※緊急連絡先	077-572-9122

3 サービス内容

- ① 通所介護計画・介護予防通所介護相当サービス計画の作成
- ② 送迎（交通事情等により、送迎時間が前後することがあります。）
 - ・原則としてご自宅の玄関から当施設の玄関までとさせていただきます。
- ③ 食事
- ④ 入浴（一般浴槽・機械浴槽）
- ⑤ 機能訓練・レクリエーション
- ⑥ 生活相談（相談・援助等）
- ⑦ 健康チェック・口腔機能向上サービス
- ⑧ アクティビティー（集団レクリエーション・創作活動等の機能訓練）
- ⑨ その他日常生活上の世話（支援）

4 料金

(1) 利用料金

※介護サービス基本料金<利用者の負担割合は「介護保険負担割合証」に記載された割合になります>

※料金は、以下の単位数に地域単価（大津市5級地）10.45円を乗じます。

※介護保険のサービス利用料は要介護認定を受けたご利用者様が、居宅サービス計画または介護予防サービス計画に基づいた指定居宅サービスまたは介護予防通所介護相当サービスを受けた場合にご利用者は全体の「介護保険負担割合証」に記載された割合分の費用を支払い、その負担分を除いた分については事業者が市町村等に請求し、市町村等から支払いを受けます。これを法定代理受領といいます。法定代理受領が適用されるためには、指定事業者から通所介護計画・介護予防通所介護相当サービス計画に基づく指定居宅サービスまたは介護予防通所介護相当サービスを受け、あらかじめ居宅介護支援または介護予防支援サービスを受ける旨を市町村に届け出るという要件を満たした場合に限られます。

※下記の場合には利用料をいったん全額（10割分）事業者に対し支払った上で、後日、市に対して9割または8割または7割の支給を請求することになります。これを償還払いといいます。ケアプランがないまま、サービスを利用したとき
保険料の未納や滞納により、「支払方法の変更」がされているとき
償還払いとなる場合、ご利用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」を交付致します。

A) 介護予防通所介護相当サービス

① 介護予防通所介護相当サービス利用料（事業対象者・要支援1）

ケアプランにおいて週1回程度の利用とされている場合

ご利用回数	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
1月の中で 4回まで	436	456円／日額	912円／日額	1,367円／日額

※ 送迎・入浴は上記金額に含まれます。

② 介護予防通所介護相当サービス利用料（事業対象者・要支援2）

ケアプランにおいて週2回程度の利用とされている場合

ご利用回数	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
1月の中で 8回まで	447	468円／日額	935円／日額	1,402円／日額

※ 送迎・入浴は上記金額に含まれます。

③生活機能向上グループ活動加算（1月につき）

（自立した日常生活を営むための共通の課題を有する利用者に対し、生活機能の向上を目的とした活動をグループで行った場合に加算）

対象	単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
事業対象者	100	105円／月額	209円／月額	314円／月額

④口腔機能向上加算Ⅰ（1月につき）

（言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置し、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画作成。計画に従って口腔機能向上サービスを行った場合に3月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定されます。）

単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
150	157	314	471

⑤口腔機能向上加算Ⅱ（1月につき）

（口腔機能向上加算Ⅰの取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービス実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に算定されます。）

単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
160	168	335	502

⑥科学的介護推進体制加算（1月につき）

（科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出とフィードバック情報の活用により、介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進するための加算）

単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
40	42	84	126

⑦ 送迎減算（片道につき）

（居宅と事業所間の送迎を行わない場合は、片道につき所定単位数から減算）

単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
-47	-50	-99	-148

⑧ 同一建物減算

（当通所介護事業所と同一建物に居住する利用者または同一建物から通う利用者に通所介護を行う場合の減算）

単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
-94	-99	-197	-295

⑨ 介護職員等処遇改善加算Ⅱ

介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てることを目的に創設されたものです。

介護サービス基本料金と各加算の所定単位数の合計に1000分の90（9.0%）を乗じて算出すると1ヶ月の介護職員等処遇改善加算（II）の単位数となります。算出した単位数に地域単位（10.45円）を乗じた数字がひと月の介護保険請求金額となり、「介護保険負担割合証」に記載された割合が自己負担額となります。

要介護度やサービス利用日数、各加算種別や負担割合によって変動します。

B) 通所介護

①通所介護利用料【通常規模事業所】

(7時間以上8時間未満のご利用の場合)

要介護度区分	単位数	介護保険適用時の自己負担額（1日あたりの目安）		
		1割負担額	2割負担額	3割負担額
要介護1	658	688円	1,376円	2,063円
要介護2	777	812円	1,624円	2,436円
要介護3	900	941円	1,881円	2,822円
要介護4	1023	1,069円	2,138円	3,207円
要介護5	1148	1,200円	2,400円	3,599円

※送迎費は上記金額に含まれます。

(3時間以上4時間未満のご利用の場合)

要介護度区分	単位数	介護保険適用時の自己負担額（1日あたりの目安）		
		1割負担額	2割負担額	3割負担額
要介護1	370	387円	774円	1,160円
要介護2	423	442円	884円	1,326円
要介護3	479	501円	1,001円	1,502円
要介護4	533	557円	1,114円	1,671円
要介護5	588	615円	1,229円	1,844円

※送迎費は上記金額に含まれます。

② 入浴介助加算Ⅰ（1日につき）

入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合に算定されます。)

単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
40	42	84	126

③ 入浴介助加算Ⅱ（1日につき）

（機能訓練指導員等が利用者の居宅を訪問し、浴室の環境を評価し、個別の入浴計画を作成した上で、入浴介助を行った場合に加算されます。）

単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
55	58	115	173

④ 個別機能訓練加算Ⅰイ（1日につき）

（機能訓練指導員専従を1名以上配置し（配置時間の定めなし）利用者の居宅を訪問し、ニーズを把握するとともに、居宅での生活状況を確認する。多職種共同でアセスメントを行い、個別機能訓練計画を作成し、3月ごとに1回以上、利用者の居宅を訪問した上で、個別機能訓練計画の進捗状況を説明し、必要に応じて計画の見直し等を行う場合に算定されます。）

単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
56	59	117	176

⑤ 個別機能訓練加算Ⅰ口（1日につき）

（イ.に加えて専従の機能訓練指導員を1名以上サービス提供時間帯を通じて配置した場合に算定されます。）

単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
76	80	159	239

⑥ 個別機能訓練加算Ⅱ（1月につき）

（利用者ごとの個別機能訓練計画書内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって必要な情報を活用している場合に加算されます。）

単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
20	21	42	63

⑦ 口腔機能向上加算Ⅰ（月2回程度）

（言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員を1名以上配置し、利用者ごとの口腔機能改善管理指導計画作成。計画に従って口腔機能向上サービスを行った場合に3月以内の期間に限り1月に2回を限度として算定されます。）

単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
150	157	314	471

⑧ 口腔機能向上加算Ⅱ（月2回限度）

（口腔機能向上加算Ⅰの取組に加え、口腔機能改善管理指導計画等の情報を厚生労働省に提出し、口腔機能向上サービス実施にあたって当該情報その他口腔衛生の管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している場合に算定されます。）

単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
160	168	335	502

⑨ 科学的介護推進体制加算（1月につき）

（科学的介護情報システム（LIFE）へのデータ提出とフィードバック情報の活用により、介護サービスの質の評価と科学的介護の取組を推進するための加算）

単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
40	42	84	126

⑩ 送迎減算（片道につき）

（居宅と事業所間の送迎を行わない場合は、片道につき所定単位数から減算）

単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
-47	-50	-99	-148

⑪ 同一建物減算

（当通所介護事業所と同一建物に居住する利用者または同一建物から通う利用者に通所介護を行う場合の減算）

単位数	1割負担額	2割負担額	3割負担額
-94	-99	-197	-295

⑫ 介護職員等処遇改善加算Ⅱ

介護サービスに従事する介護職員の賃金改善に充てる目的に創設されたものです。

介護サービス基本料金と各加算の所定単位数の合計に1000分の90（9.0%）を乗じて算出すると1ヶ月の介護職員等処遇改善加算（II）の単位数となります。算出した単位数に地域単位（10.45円）を乗じた数字がひと月の介護保険請求金額となり、「介護保険負担割合証」に記載された割合が自己負担額となります。

要介護度やサービス利用日数、各加算種別や負担割合によって変動します。

C) 介護保険適応外実費負担分（通所介護、予防通所介護相当サービス共通）

① 食の提供に要する費用	1食あたり	718円（全額自己負担）
おやつ代	1回あたり	100円（全額自己負担）
② その他		
・おむつ代	実費	
・教養娯楽費（利用者の選定による）	実費	
・医療費控除証明書料	550円（1通当たり）※税込	
・提供記録等の複写物の交付	モノクロ1枚10円 カラー1枚30円 ※税込	

(2) キャンセル料

ご利用者の御都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料（食事代及びおやつ代）がかかります。

利用日の前営業日16時00分までに御連絡いただいた場合	無料
利用日の前営業日16時00分までに御連絡がなかった場合	718円

(3) 通常の事業の実施地域外の送迎費

通常の事業の実施地域外から10km未満 片道 100円
以後5km毎に 片道 150円

(4) 支払方法

原則として、毎月15日頃までに前月分のご請求をいたしますので、月末日までにお支払いください。お支払い方法は、ご指定口座より口座引落とさせていただきます。（但し、口座引落手続きが完了するまでは、現金支払いとなります。）

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所職員がお伺いいたします。

本重要事項説明書によりサービス内容等の説明を行い、ご理解、ご納得いただけましたら契約を結び、通所介護計画・介護予防通所介護相当サービス計画を作成しサービスの提供を開始します。

居宅（介護予防）サービス計画の作成を依頼している場合には、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービス利用契約の終了

① ご利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

利用者は、事業者に対して、1週間の予告期間を置いて文書で通知することにより、この契約を解約することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。

② 事業者の都合でサービスを終了する場合

事業者は、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して、1ヶ月間の予告期間を置いて理由を示した文書で通知することにより、この契約を解約することができます。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

- ・ご利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合（事業対象者となる場合を除く）
- ・ご利用者がお亡くなりになった場合
- ・ご利用者が遠隔地に転居された場合

④ その他

- ・当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当事業者が破産した場合、ご利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

- ・利用者のサービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず2週間以内に支払われない場合、ご利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、ご利用者が入院又は病気等により、3ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合又はご利用者やご家族などが当施設や当施設の従事者に対してこの契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座に契約を終了させていただくことがあります。

6 当社の通所介護・介護予防通所介護相当サービスの特徴等

(1) 事業の目的

株式会社サンガジャパンが運営する、デイサービスクラシックメデカ大津において、事業所の従業者が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護・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する。

(2) 運営の方針

事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。

事業所の従事者は、利用者が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、生活機能の維持又は向上を目指し、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、利用者の社会的孤立感の解消、及び心身機能の維持、並びに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図る。

事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、市町村及び他の居宅サービス事業者、並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。

(3) サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご利用者に対してサービスを提供するに当たって、次のことを守ります。

利用者の生命・身体・財産の安全確保に配慮します。

利用者に提供したサービスについて記録を作成し、契約終了から5年間保管するとともに、ご利用者又は代理人の請求に応じて閲覧していただけます。

- ① ご利用者へのサービス提供時において、ご利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかにご家族に連絡の上、主治医への連絡を行う等必要な措置を講じます。尚、主治医に連絡が取れない場合は、当事業所の協力医療機関または協力医療歯科機関に連絡を行う等必要な措置を講じます。

★協力医療機関：あかつき会 本丸たけだ医院

★協力医療歯科機関：まごころ陽葵歯科クリニック

- ② 事業者及びサービス従事者は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者またはご家族等に関する事項をサービス担当者会議等の必要時以外は正当な理由なく、第三者に漏洩しません。守秘義務はサービス従事者が当社を退職してからも継続いたします。

サービス担当者会議等において利用者またはご家族の書面による同意を得ない限り個人情報は使用いたしません。

但し、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。

事業者は、防火管理についての責任者を定め、火災・風水害・地震等に関する具体的な防災計画を作成し、非常災害に備えるため、年2回以上定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。また、非常災害等の発生の際に事業が継続することができるよう、他の社会福祉施設と連携し、協力することができる体制を構築するよう努力いたします。

- ③ 事業を運営する当該法人の役員及び指定通所介護・介護予防通所介護相当サービス事業所の管理者その他の従業者は、暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員をいう。）ではありません。また、事業所は、その運営について、暴力団員の支配を一切受けおりません。

(4) 施設利用にあたっての留意事項

- ① 指定通所介護・介護予防通所介護相当サービスの提供に当たっては、通所介護計画・介護予防通所介護相当サービス計画に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営む上で必要な援助を行う。
通所介護・介護予防通所介護相当サービス従事者は、指定通所介護・介護予防通所介護相当サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うこととを旨とし、利用者またはその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- 指定通所介護・介護予防通所介護相当サービスの提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術を持ってサービスの提供を行う。
- 指定通所介護・介護予防通所介護相当サービスの提供に当たっては、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。
- 特に、認知症の状態にある要介護者等に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整える。
- ② 利用者は、サービス提供を受ける際には医師の診断や日常生活上の留意事項、利用当日の健康状態を従業者と確認し、心身の状況に応じた適切なサービスを受けることができるよう留意するものとする。

7 健康上の理由による中止

- ① 風邪等病気の際は、サービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスの内容の変更又は中止することができます。その場合、ご家族に連絡の上適切に対応します。

8 事故発生時の対応

サービス提供中の事故発生時には、速やかに家族、介護支援専門員に連絡します。また必要と思われる場合は市町村に報告いたします。

9 虐待防止に関する事項

1. 事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとする。
責任者の設置。 責任者 増田 義文
 - (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともにその結果について、従業者に周知徹底を図る。
 - (2) 虐待の防止のための指針を整備する。
 - (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施する。
 - (4) 虐待の防止のための措置を適切に実施するための担当者を置く。
2. 事業所は、サービス提供中に、当該事業所の従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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するものとする。

10 身体拘束

事業所は、サービスの提供にあたって、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行わない。なお、やむを得ず身体拘束等行動制限を行う場合は、次の事項を実施するものとする。

1. やむを得ず身体拘束を行う場合は、管理者を中心とした事業所全体で検討し、次の手順による説明書を作成し、家族へ説明・同意を得る。
 - ① 利用者がいかなる状態であるかの客観的解説。
 - ② 当該事業所で行いうる介護手法での対応が困難な理由。
 - ③ 今後の当該利用者に対する介護の方針。
 - ④ 具体的な身体拘束の内容とその手段についての解説。
2. 拘束中は、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録し、完結の日から5年間保存する。
3. 身体拘束中は常に事業所全体で解除するための検討を行う。

4. 身体拘束の適正化

- ① 身体的拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を3月に1回以上開催し、従業員に周知徹底を図る。
- ② 身体的拘束等の適正化のための指針を整備する。
- ③ 身体的拘束等の適正化のため、研修は（新規採用時及び年間研修計画に位置付け）を2回以上実施する。

1.1 衛生管理及び感染症の対策等

1. 利用者の使用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努めるとともに、衛生上必要な措置を講じるものとする。
2. 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講じるとともに、必要に応じ保健所の助言、指導を求めるものとする。
 - (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
 - (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備する。
 - (3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施する。

1.2 業務継続計画の策定等

1. 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定通所介護・介護予防通所介護相当サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
2. 事業所は、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（年1回以上）に実施するものとする。
3. 事業所は、定期的に業務継続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うものとする。

1.3 サービス内容に関する相談・苦情

当社ご利用者相談・苦情担当

① 担当 増田 義文 電話 077-572-9122
受付時間 月～金曜日 8:30～17:30

② 当社以外に、市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

大津市介護保険課 電話 077-528-2753
滋賀県国民健康保険団体連合会 電話 077-510-6605

③ 介護予防通所介護相当サービスを利用の方の相談・苦情窓口
大津市長寿福祉課 電話 077-528-2741

1.4 第三者評価の実施状況

実施 有 実施日(____年____月____日)

評価機関 ()

1.5 当社の概要

名称・法人種別 株式会社サンガジャパン
代表者役職・氏名 代表取締役 山口 智博
本社所在地 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1丁目11番地9

定款の目的に定めた事業

1. 介護保険による通所介護、第1号通所事業
2. 有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅
3. 前各号に付帯する一切の業務

通所介護・介護予防通所介護相当サービスについて、本書面に基づいて重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業所 デイサービスクラシックメデカ大津

所在地 滋賀県大津市逢坂1番4-36

説明者 印

私は、本書面により、事業者から通所介護・介護予防通所介護相当サービスについての重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

本人

住所

氏名 印

私は、本書面により、事業者から通所介護・介護予防通所介護相当サービスについて、利用者に代わり説明を受け、同意しました。

利用者名 _____

(代理人)

住所

氏名 印

続柄 ()

サービス付き高齢者向け住宅

ザ・クラシックメデカマンション大津

【I号館】

高齢者生活支援サービス
[重要事項説明書]

株式会社サンガジャパン

重要事項説明書

(1) 生活支援サービス提供事業者

事業者の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業所の名称 (本社)	フリガナ カブシキガイシャ サンガジャパン 株式会社サンガジャパン	
事業所の所在地	(〒330-0854) 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1丁目11番地9号	
事業者の連絡先	電話番号	048-614-1541
	FAX 番号	048-614-1552
	ホームページアドレス	https://www.sanga-kaigo.co.jp
事業者の代表	代表取締役 神成 裕介	

(2) 住宅事業主体概要

事業主体の名称・主たる事務所の所在地及び電話番号その他の連絡先		
事業主体の名称 (支社)	法人等の種類	株式会社
	フリガナ	カブシキガイシャ サンガジャパン ニシニホンシシャ
	株式会社サンガジャパン 西日本支社	
事業主体の主たる 事務所の所在地	(〒604-0022) 京都府京都市中京区御池之町323ミサワ京都ビル6階	
事業主体の連絡先	電話番号	075-256-8700
	FAX 番号	075-256-8740
	ホームページアドレス	https://www.sanga-kaigo.co.jp
事業主体の代表者の 氏名及び職名	氏 名	山口 智博
	職 名	代表取締役
事業主体が行っている 主な事業等	・認知症対応型共同生活介護 ・短期入所生活介護 ・居宅介護支援 ・特定施設 ・小規模多機能型居宅介護 ・訪問介護 ・通所介護	

(3) 住宅概要

住宅の名称・所在地及び電話番号その他の連絡先		
住宅の名称	フリガナ ザ・クラシックメデカマンションオオツ ザ・クラシックメデカマンション大津Ⅰ号館	
住宅の所在地	(〒520-0054) 滋賀県大津市逢坂1丁目4番36号	
住宅の連絡先	電話番号	077-572-9122
	FAX 番号	077-572-9133
	ホームページアドレス	https://www.sanga-kaigo.co.jp
住宅の管理者	施設長 増田 義文	
住宅の開設年月日	令和4年12月1日	
住宅の契約方式	普通賃貸契約	

(4) 介護支援サービスの内容

各種サービスの内容	料金(税別)	備 考
食事提供サービス	57,000 円/月額	<p>食事提供サービスは、喫食された分の請求となります。</p> <p>食事費用： 月額 57,000 円(30 日の場合) (食費内訳) 朝食 455 円 昼食 718 円 夕食 727 円</p> <p>[食事提供時間]</p> <p>朝食 7 時 30 分～ 8 時 30 分まで 昼食 11 時 30 分～13 時 00 分まで 夕食 17 時 00 分～18 時 00 分まで</p>
おやつ提供サービス	1,364 円/10 枚綴り	希望によりおやつを提供します。(カフェとして 14:00～14:30)
配膳・下膳サービス	200 円/1回	希望により配膳・下膳を行います。(配下膳 1 回につき)
入浴・排泄・食事等の介護サービス	25,000 円/月額	<p>入浴・排せつ・食事等の介護サービスを提供します。</p> <p>介護サービスは、入居者の希望により提供します。</p> <p>希望された場合の料金は、定額制となります。</p>
洗濯・清掃等の家事サービス	1,000 円/30 分	<p>洗濯・清掃等の家事サービスを提供します。</p> <p>入居者が選択したサービスを利用できます。</p> <p>利用された分を月単位で計算の上、請求します。</p>
健康管理サービス	0 円	<p>健康上の相談、血圧等の測定を行います。</p> <p>(料金は、状況把握・生活支援サービス費に含みます)</p>
通院等付き添いサービス	1,750 円/30 分	入居者の希望により、通院等の付き添い介助が必要な場合には、付き添いします。
服薬支援サービス	3,000 円/月額	入居者の希望により、月額定額制で実施いたします。
その他のサービス 買い物等の代行 行政機関への諸手続き代行 その他各種代行 入退院時の同行サービス	1,500 円/30 分	<p>スーパー等への買い物を代行します。</p> <p>行政機関へ各種諸手続き及び各種届出を代行します。</p> <p>その他日常生活上必要な各種代行を行います。</p> <p>入退院時の事務手続き等が必要な場合、同行いたします。</p>

※健康管理サービス費は、「状況把握・生活相談サービス費」に含みます。

※当該施設（サービス付き高齢者向け住宅）で提供されるサービスは、全て介護保険適用外となります。

※洗濯機・乾燥機使用料は、住宅賃貸借契約書に定める共益費に含みます。また洗濯用洗剤は施設で準備致します。

※入浴用のシャンプー・リンス・ボディソープはお風呂に設置しております。

※料金は全て税別で表示しています。

(5) 生活支援サービス職員体制

生活支援サービス提供職員体制等

生活支援サービス職員

サービス種類ごとの業務に係る 人数を記載して下さい。	人数	委託先等
状態把握及び生活相談	1人	
食事提供サービス	3人	(株) ノームコア
健康の維持増進サービス	1人	
介護サービス	2人	
家事サービス	1人	
その他のサービス	0人	
夜間体制 常駐の(<input checked="" type="checkbox"/> ・ 無)	1人	

(6) 月額利用料の請求及び支払方法

請求方法

基本サービス料金	毎月末日に締め切り、当月分を請求します。(後払い) (毎月 15 日までに請求書を送付いたします)
食 費	
オプションサービス料金	

支払方法

(該当する □にチェック)	<input type="checkbox"/> 振込方式	振込先金融機関名 : 三菱 UFJ 銀行 預 金 : 普通預金 口 座 番 号 : 3887156 口 座 名 義 人 : 株式会社サンガジャパン 振込手数料負担者 : 借主負担
	<input checked="" type="checkbox"/> 口座自動振替方式	都市銀行、地方銀行、信用金庫、ゆうちょ銀行、農業協同組合等の金融機関を指定いただけます。
	<input type="checkbox"/> 持参方式	直接事業所の事務室へお支払下さい
<ul style="list-style-type: none"> ・振込の場合の振込手数料はご入居者の負担となります。 ・振込方式、持参方式の場合は、翌月末日までにお支払下さい。 		

(7) 生活支援サービス利用者からの苦情に対する窓口等の状況

利用者からの苦情に対応する窓口等の状況

窓口の名称	ザ・クラシックメデカマンション大津 I 号館 1 階事務室		
電話番号/内線	(電話) 077-572-9122		(内線) 番
対応している時間	平 日	9時00分	～ 17時00分
	土 曜		—
	日 曜		—
	祝祭日		—
定休日	土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始（12/30-1/3）		
留意事項	苦情受付担当者が不在の場合は、翌日の受付となります。		
サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応			
具体的に対応	施設管理者と協議し、迅速に対応します。		
外部苦情窓口			
(株)サンガジャパン 西日本支社	電話番号	075-256-8700	

(8) 生活支援サービス利用に当たっての留意事項

外出・帰宅・訪問等	<ul style="list-style-type: none">・住宅正面玄関は、オートロックとなっております。 外出時は、1階事務所へお声掛け下さい。外泊時は、事前に外泊届を提出して下さい。帰宅及び訪問等は、備え付けのインターホンを鳴らして下さい。事務室とつながります。										
共用施設の利用について	<table border="1"><tr><td>食堂 兼 居間 (2階~4階)</td><td>ご自由にお使い下さい。他の利用者に迷惑とならないよう配慮をお願いします。(食事時間帯には、食事を提供します)</td></tr><tr><td>台所(2階~4階)</td><td>台所の利用希望については、職員にお声掛け下さい。</td></tr><tr><td>浴室及び脱衣室 (各階2ヶ所)</td><td>飲酒後の入浴は、避けて下さい。他の利用者の迷惑とならないよう配慮をお願いします。ご利用時は職員にお声掛け下さい。</td></tr><tr><td>共用トイレ (各階1ヶ所)</td><td>各階に共用トイレを1ヶ所設置しております。ご自由にお使い下さい。他の利用者に迷惑とならないよう配慮をお願いします。</td></tr><tr><td>洗濯室(各階)</td><td>他の利用者への迷惑にならないよう配慮をお願いします。 [洗濯場利用時間] 7時00分~21時00分 [洗濯機・乾燥機の利用料金は、共益費に含みます] (洗濯用洗剤も施設で準備致します。自由にお使い下さい)</td></tr></table>	食堂 兼 居間 (2階~4階)	ご自由にお使い下さい。他の利用者に迷惑とならないよう配慮をお願いします。(食事時間帯には、食事を提供します)	台所(2階~4階)	台所の利用希望については、職員にお声掛け下さい。	浴室及び脱衣室 (各階2ヶ所)	飲酒後の入浴は、避けて下さい。他の利用者の迷惑とならないよう配慮をお願いします。ご利用時は職員にお声掛け下さい。	共用トイレ (各階1ヶ所)	各階に共用トイレを1ヶ所設置しております。ご自由にお使い下さい。他の利用者に迷惑とならないよう配慮をお願いします。	洗濯室(各階)	他の利用者への迷惑にならないよう配慮をお願いします。 [洗濯場利用時間] 7時00分~21時00分 [洗濯機・乾燥機の利用料金は、共益費に含みます] (洗濯用洗剤も施設で準備致します。自由にお使い下さい)
食堂 兼 居間 (2階~4階)	ご自由にお使い下さい。他の利用者に迷惑とならないよう配慮をお願いします。(食事時間帯には、食事を提供します)										
台所(2階~4階)	台所の利用希望については、職員にお声掛け下さい。										
浴室及び脱衣室 (各階2ヶ所)	飲酒後の入浴は、避けて下さい。他の利用者の迷惑とならないよう配慮をお願いします。ご利用時は職員にお声掛け下さい。										
共用トイレ (各階1ヶ所)	各階に共用トイレを1ヶ所設置しております。ご自由にお使い下さい。他の利用者に迷惑とならないよう配慮をお願いします。										
洗濯室(各階)	他の利用者への迷惑にならないよう配慮をお願いします。 [洗濯場利用時間] 7時00分~21時00分 [洗濯機・乾燥機の利用料金は、共益費に含みます] (洗濯用洗剤も施設で準備致します。自由にお使い下さい)										
ゴミ処理について	<ul style="list-style-type: none">・ゴミ出しについては、既定の場所に各自で廃棄してください。各自の廃棄が困難な場合は玄関入口にて対応致します。・ゴミは、缶・ビン・ペットボトル・その他のごみに分別をお願いします。										
その他											

(9) 契約の解除内容等

入居者からの解約

30日前に解約の申し入れを行うことにより本契約を解約することができます。

事業者からの解除

事業者は、入居者が正当な理由なく支払うべき利用料を2ヶ月以上滞納した場合において、入居者及び連帯保証人に対し相当の期間を定めても、なお期間内に滞納額の全額の支払いがない場合、この契約を解除することができるものとします。

(10) 損害賠償責任保険の内容

損害賠償責任保険の加入状況

保険会社名 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

有

・ 無 ()

上記、高齢者生活支援サービスの内容について、入居者に対し重要事項説明書に基づいて説明しました。

説明年月日 令和 年 月 日

事業者 事業者名 株式会社サンガジャパン
住 所 埼玉県さいたま市大宮区桜木町1丁目11番地9号
代表者名 代表取締役 山口 智博 印

事業所 住 所 滋賀県大津市逢坂1丁目4番36号
事業所名 ザ・クラシックメデカマンション大津
説 明 者 印

私は、事業者から上記の高齢者生活支援サービスの内容について説明を受け同意し、重要事項説明書を受領しましたので署名捺印致します。

入居者氏名 様

説明を受けた者 印
入居者との関係 ()

重要事項説明書

記入年月日	令和7年 5月 1日
記入者名	増田 義文
所属・職名	施設長

1. 事業主体概要

※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除

2. 有料老人ホーム事業の概要

※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除

3. 建物概要

※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除

4. サービスの内容 (全体の方針)

運営に関する方針	入居者ができる限り継続して地域社会との関わりを持ち続け、自身の生き甲斐を創出できる環境づくりを行う。		
サービスの提供内容に関する特色	介護予防及び自立支援の観点から、お世話をするのではなく、自らができる環境整備と的確な支援を行う。		
入浴、排せつ又は食事の介護	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
食事の提供	1 自ら実施	<input checked="" type="checkbox"/> 2 委託	3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
健康管理の供与	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし
生活相談サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 1 自ら実施	2 委託	3 なし

(介護サービスの内容) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算の対象となるサービスの体制の有無	入居継続支援加算	1 あり 2 なし
	生活機能向上連携加算	1 あり 2 なし
	個別機能訓練加算	1 あり 2 なし
	夜間看護体制加算	1 あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり 2 なし
	医療機関連携加算	1 あり 2 なし
	口腔衛生管理体制加算	1 あり 2 なし
	栄養スクリーニング加算	1 あり 2 なし
	退院・退所時連携加算	1 あり 2 なし
	看取り介護加算	1 あり 2 なし
	認知症専門 (I) ケア加算	1 あり 2 なし
	(II)	1 あり 2 なし
	(I)イ (I)ロ (II) (III)	1 あり 2 なし
	サービス提供体制強化加算	1 あり 2 なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	1 あり	(介護・看護職員の配置率) : 1
	2 なし	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input checked="" type="checkbox"/> 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> その他 ()	
協力医療機関	1	名称 医療法人社団あかつき会 本丸たけだ医院	
		住所 滋賀県大津市本丸町 2-18	
		診療科目 内科	
		協力内容 訪問診療	
協力歯科医療機関	2	名称 地方独立行政法人市立大津市民病院	
		住所 滋賀県大津市本宮 2 丁目 9-9	
		診療科目 内科、脳神経外科、整形外科、眼科、他	
		協力内容 日々の受診、緊急受診の受入れ、緊急入院の受入れ	
協力歯科医療機関		名称 まごころ陽葵歯科クリニック	
		住所 京都市山科区柳辻封シ川町 21 - 6	
		協力内容 訪問診療、緊急受診の受入れ、緊急入院の受入れ	

(入居後に居室を住み替える場合) ※住み替えを行っていない場合は省略可能

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 一時介護室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 2 介護居室へ移る場合 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()
判断基準の内容		
手続きの内容		
追加的費用の有無		<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
居室利用権の取扱い		
前払金償却の調整の有無		<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	便所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	浴室の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	洗面所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	台所の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	その他の変更	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし (変更内容)

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	要支援の者	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	要介護の者	1 あり <input type="checkbox"/> なし
留意事項	<p>① 外出・帰宅・訪問等 住宅正面玄関は、オートロックとなっております。 外出時は、1階事務所へ声掛けしてください。外泊時は、事前に外泊届を提出してください。</p> <p>② 共用施設の利用について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・浴室 飲酒後の入浴は避けてください。他の利用者に迷惑にならないよう配慮をお願いします。 利用時は事前にお声掛けください。予約を取らせていただきます。 ・台所 台所の利用希望については、事前にお声掛けください。 ・食堂 他の利用者に迷惑にならないよう配慮をお願いします。 ご家族様など大人数でお使いになられる際は事前にお声掛けください。 ・洗濯室 洗濯機・乾燥機の使用料金は、共益費に含まれます。 洗剤は、施設で準備しております。 洗濯場利用時間：7:00～21:00 <p>③ ゴミ処理について ゴミ出しについては、既定の日時に各自で廃棄してください。各自の廃棄が困難な場合は玄関入口にて対応致します。</p>	
契約の解除の内容	1か月前に解約の申し入れを行うことにより本契約を解約できる。	
事業主体から解約を求める場合	解約条項	正当な理由なく入居者が支払うべき利用料3か月分以上滞納した場合において、入居者に対して相当の期間を定めてもなお期間内に滞納額の全額の支払いがない場合、解除できる。
	解約予告期間	1ヶ月
入居者からの解約予告期間	1ヶ月	
体験入居の内容	<input checked="" type="checkbox"/> あり (内容：空室がある場合に限る) <input type="checkbox"/> なし	
入居定員	42人	
その他		

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

(職種別の職員数)

	職員数（実人数）			常勤換算人数 ※1※2	
	合計				
	常勤	非常勤			
管理者	1	1			
生活相談員					
直接処遇職員					
介護職員	10	4	6		
看護職員	1		1		
機能訓練指導員					
計画作成担当者					
栄養士					
調理員					
事務員	1	1			
その他職員					
1週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				40	

※1 常勤換算人数とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人数を常勤の従業者の人数に換算した人数をいう。

※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。

(資格を有している介護職員の人数)

	合計	常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	5	2	3
実務者研修の修了者	2	2	
初任者研修の修了者	3		3
介護支援専門員			

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計	常勤	非常勤
看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師			
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間（16時00分～9時00分）		
	平均人数	最少時人数（休憩者等を除く）
看護職員	0人	0人
介護職員	1人	1人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上 ： 1
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数：常勤換算職員数)	

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	ホームの職員数	人
	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務				1 あり		2 なし			
	業務に係る資格等		1 あり							
			資格等の名称	作業療法士、介護福祉士、介護支援専門員						
	看護職員	介護職員	生活相談員	機能訓練指導員	計画作成担当者	常勤	非常勤	常勤		
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	常勤	非常勤	常勤		
前年度1年間の採用者数		1	5	4						
前年度1年間の退職者数			2							
数 業 務 に 応 じ た 職 員 の 人 敗 年	1年未満		2	3						
	1年以上3年未満		1	1	4					
	3年以上5年未満			1						
	5年以上10年未満									
	10年以上									
	従業者の健康診断の実施状況		1 あり	2 なし						

6. 利用料金

※「登録事項等についての説明」を添付するため記載欄削除

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

(入居者の人数)

性別	男性	14人
	女性	28人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	1人
	75歳以上 85歳未満	12人
	85歳以上	29人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	4人
	要支援2	3人
	要介護1	9人
	要介護2	10人
	要介護3	10人
	要介護4	4人
	要介護5	2人
入居期間別	6ヶ月未満	7人
	6ヶ月以上 1年未満	8人
	1年以上 5年未満	27人
	5年以上 10年未満	0人
	10年以上 15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	88歳
入居者数の合計	42人
入居率※	100%

※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人 数	自宅等	6人
	社会福祉施設	5人
	医療機関	4人
	死亡者	6人
	その他	0人
生前解約の状 況	施設側の申し出	0人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	15人
		(解約事由の例) 特別養護老人ホームへ入居

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	1階 事務室	
電話番号	077-572-9122	
対応している時間	平日	9:00~17:00
	土曜	—
	日曜・祝祭日	—
定休日	土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始(12/30-1/3)	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input type="checkbox"/> あり	(その内容) ・サービス提供中の事故等により怪我などによる賠償 ・利用者の私物破損の賠償 ・施設の責に帰すべき事由による事象
	<input type="checkbox"/> なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input type="checkbox"/> あり	(その内容) ・受診手配及び付き添い ・救急車手配 ・家族への電話連絡 ・加入保険による金銭補償
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	令和6年10月実施
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし		
第三者による評価の実施状況	1 <input type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
	<input type="checkbox"/> なし	結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

9. 入居希望者への事前の情報開示

入居契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input checked="" type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input checked="" type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 2 入居希望者に交付 <input checked="" type="checkbox"/> 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり	(開催頻度) 年 1 回 予定
	2 なし	
	<input type="checkbox"/> 1 代替措置あり	(内容)
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> 1 あり (提携ホーム名 :) <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人 福祉法第 29 条第 1 項に規定 する届出	<input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし <input checked="" type="checkbox"/> 3 サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の 居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関 する法律第 5 条第 1 項に規定 するサービス付き高齢者向け 住宅の登録	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし	
有料老人ホーム設置運営指導 指針「5. 規模及び構造設備」 に合致しない事項	<input type="checkbox"/> 1 あり <input checked="" type="checkbox"/> 2 なし	
合致しない事項がある場合 の内容		
「6. 既存建築物等の活用 の場合等の特例」への適合 性	<input type="checkbox"/> 1 適合している (代替措置) <input type="checkbox"/> 2 適合している (将来の改善計画) <input checked="" type="checkbox"/> 3 適合していない	
有料老人ホーム設置運営指導 指針の不適合事項	なし	
不適合事項がある場合の内 容		

添付書類：別添1（別に実施する介護サービス一覧表）
別添2（個別選択による介護サービス一覧表）

上記の内容について、入居者に対し重要事項説明書に基づいて説明しました。

説明年月日 令和 年 月 日

事業者	事業者名	株式会社サンガジャパン
	住 所	埼玉県さいたま市大宮区桜木町1丁目11番地9号
	代表者名	代表取締役 山口 智博 印
事業所	住 所	滋賀県大津市逢坂1丁目4番36号
	事業所名	ザ・クラシックメデカマンション大津
	説 明 者	印

上記の内容について事業者から説明を受け同意し、重要事項説明書を受領しましたので署名捺印致します。

[入居者氏名] 様

[説明を受けた者] 印
[入居者との関係] ()

別添 1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>		
訪問介護	あり なし かたた訪問介護ステーション	滋賀県大津市本堅田6丁目16-8
訪問入浴介護	あり なし	
訪問看護	あり なし	
訪問リハビリテーション	あり なし	
居宅療養管理指導	あり なし	
通所介護	あり なし デイサービスクラシックメデカ大津	大津市逢坂一丁目4番36号
通所リハビリテーション	あり なし	
短期入所生活介護	あり なし 瀬田大江ケアホテル翔裕館	大津市瀬田大江町32-19
短期入所療養介護	あり なし	
特定施設入居者生活介護	あり なし ケアレジデンス千里山	吹田市千里山竹園1-50-22
福祉用具貸与	あり なし	
特定福祉用具販売	あり なし	
<地域密着型サービス>		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり なし	
夜間対応型訪問介護	あり なし	
認知症対応型通所介護	あり なし ひらたデイサービス爽やかな風	彦根市平田町1114-1
小規模多機能型居宅介護	あり なし かすがやま小規模多機能ホーム爽やかな風	大津市本堅田6-16-7
認知症対応型共同生活介護	あり なし 琵琶湖大橋グループホーム	大津市本堅田4-4-18
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり なし ひらたケアレジデンス翔裕館	彦根市平田町1114-1
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり なし	
看護小規模多機能型居宅介護	あり なし 北ながはま看護小規模多機能ホーム	長浜市神照町463-1
居宅介護支援	あり なし かたた駅前ケアブランセンター	大津市本堅田6-31-29
<居宅介護予防サービス>		
介護予防訪問入浴介護	あり なし	
介護予防訪問看護	あり なし	
介護予防訪問リハビリテーション	あり なし	
介護予防居宅療養管理指導	あり なし	
介護予防通所リハビリテーション	あり なし	
介護予防短期入所生活介護	あり なし 瀬田大江ケアホテル翔裕館	大津市瀬田大江町32-19
介護予防短期入所療養介護	あり なし	
介護予防特定施設入居者生活介護	あり なし ケアレジデンス千里山	吹田市千里山竹園1-50-22
介護予防福祉用具貸与	あり なし	
特定介護予防福祉用具販売	あり なし	

<地域密着型介護予防サービス>

介護予防認知症対応型通所介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	ひらたデイサービス 爽やかな風	彦根市平田町1114-1
介護予防小規模多機能型居宅介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	かすがやま小規模 多機能ホーム爽や かな風	大津市本堅田6-16-7
介護予防認知症対応型共同生活介護	<input checked="" type="checkbox"/> あり	なし	琵琶湖大橋グレー プホーム	大津市本堅田4-4-18
介護予防支援	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		

<介護保険施設>

介護老人福祉施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護老人保健施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護療養型医療施設	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		
介護医療院	あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし		

別添2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無							なし	あり
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担 ^{※1} ）	個別の利用料で、実施するサービス (利用者が全額負担)			包含 ^{※2}	都度 ^{※2}	料金 ^{※3}	備考
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり	○	○		月額定額制：25,000円 税別
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり	○	○		(但し、1日の延提供時間は90分を上限とし、90分を超える場合は30分につき1,500円（税別）加算)
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり	○	○	25,000円	*定額制を申し込まれない場合、30分につき1,500円（税別）で必要な都度提供します。
特浴介助	なし	あり	なし	あり	○	○		
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり	○	○		
おむつ代			なし	あり		○		実費分の支払い
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助（通院等付き添い介護サービス）	なし	あり	なし	あり		○	1,750円	*5km圏内(30分:1,750円) 税別
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○		
リネン交換	なし	あり	なし	あり		○	1,000円	30分につき：1,000円 税別
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○		
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり		○	200円	配膳・下膳1回につき200円 税別
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり				
おやつ			なし	あり		○	1,364円	1冊15枚つづり：1,364円 税別
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○		実費分の支払い
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○	1,500円	*5km圏内(30分:1,500円) 税別
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり		○		
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり				
健康相談	なし	あり	なし	あり	○			状態把握・生活相談サービス費に含む
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり	○		3,000円	月額定額制：3,000円 税別
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり				
入退院時の同行（事務手続きサービス等）	なし	あり	なし	あり		○	1,500円	30分につき：1,500円 税別
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり	○			状態把握・生活相談サービス費に含む

※1：利用者の所得等に応じて負担割合が変わる（1割又は2割の利用者負担）。

※2：「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額のサービス費用に含まれる場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※3：都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。

※4：入院中の見舞い訪問は、協力医療機関に限る。