

# 指定介護予防通所介護相当サービス重要事項説明書

〔令和8年4月1日現在〕

## 1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人娛生会
代表者役職・氏名	理事長 宮崎香理
本社所在地・電話番号	埼玉県比企郡小川町大塚285
法人設立年月日	昭和26年5月15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	フィットネスももとせ
事業所番号	介護予防通所介護相当サービス (指定事業所番号1173201847)
所在地	〒355-0328 埼玉県比企郡小川町大塚309
電話番号	0493-81-3303
FAX番号	0493-81-5001
通常の事業の実施地域	比企郡小川町

### （2）事業所の窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日まで (12月31日から1月3日までを除く。)
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時15分から午後0時20分まで 午後1時30分から午後4時35分まで

### （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。	常 勤 1人
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。	常 勤1人 非常勤1人以上
介護職員	必要な日常生活の世話及び介護を行います。	常 勤1人以上 非常勤1人以上
機能訓練指導員	日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための機能訓練を行います。	常 勤 1人以上

### 3 サービス内容

- ・弁当の販売
- ・日常生活の世話
- ・日常生活動作の機能訓練・・・ 日常生活、レクレーションを通じた訓練
- ・送迎
- ・運動機能向上訓練・・・・・・ 個別の機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を実施

### 4 利用料、その他の費用の額

#### (1) 通所介護の利用料

##### ア 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割の額、一定以上の所得のある方は2割または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。

#### 【介護予防通所介護相当サービス費】

介護度	基本利用料 1月あたり	利用者負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
事業対象者 要支援1	17,980円	1,798円	3,596円	5,394円
事業対象者 要支援2	36,210円	3,621円	7,242円	10,863円

##### イ 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。

#### ①サービスの実施による加算

加算の種類	要件	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
生活機能向上 連携加算(Ⅱ)	施設要件を満たした他施設の職員が当施設の職員と共同で運動機能向上計画を作成し、見直しを行った場合	1月につき 2,000円	200円	400円	600円
科学的介護推 進体制加算	利用者の心身に係る情報を厚生労働省に提出し、サービス提供に必要な情報を活用している事	1月につき 400円	40円	80円	120円
介護職員等処 遇改善加算 (Ⅲ)	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月につき 所定単位×8.0%			

## (2) 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、送迎に要する費用の実費をご負担していただきます。 通常の事業の実施地域を越えた地点から、1キロメートル当たり20円となります。
お弁当代 (希望者のみ)	1食につき 700円
雑費 (ドリンク代)	1回につき 50円
おむつ代	おむつ1枚につき150円 リハビリパンツ1枚につき200円 尿取りパット1枚につき50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、 <u>実費</u> をご負担していただきます。

## (3) キャンセル料

お弁当の注文があり利用予定の直前にキャンセルをした場合は、キャンセル料をいただきます。

ただし、利用者の容態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。

利用日前日午後5時30分までに連絡があった場合	無料
利用日前日午後5時30分まで連絡がなかった場合	700円

## 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10日前後に利用者あてにお届けします。

### (2) 支払い方法等

- ① 利用者様のご指定いただきました口座より、ご利用額が自動引き落としされます。
  - ・口座振替手数料は当施設が負担いたします。
  - ・口座振替日 毎月22日 (当該日が銀行休業日の場合は翌営業日)
- ② お支払いを確認しましたら、領収証をお渡ししますので、必ず保管してください (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等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等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。

## 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。

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	

## 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、利用者の家族、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、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
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。  
防火責任者：大石 僚太郎
- (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

- ア 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。
- イ 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。
  - ① 直ちに相談担当者が本人または家族に連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに担当の専門相談員からも事情を確認する。
  - ② 苦情内容については管理者に報告し、相談担当者が必要があると判断した場合は、事業所の職員全員で検討会議を行う。
  - ③ 検討の結果等を踏まえて、必ず翌日までに具体的な対応をする（利用者に謝罪に行く、改善の取り組みの報告等）。
  - ④ 記録を台帳（パソコンのデータベース）に保管し、再発防止と今後の改善に役立てる。

### (2) 苦情相談窓口

担 当	大石 僚太郎
電話番号	0493-81-3303
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 (12月31日から1月3日までを除く。)

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。

小川町役場 長生き支援課	0493-74-2323
嵐山町役場 長寿生きがい課	0493-62-2150
寄居町役場 健康福祉課	048-581-2121
ときがわ町役場 福祉課	0493-65-1521
埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情対応係	048-824-2568 (苦情相談専用)

## 1.1 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（又は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。

令和 年 月 日

指定通所介護、指定介護予防通所介護の提供開始に当たり、利用者に対して、重要な事項を説明しました。

### 事業者

所在地	埼玉県比企郡小川町大塚285
法人名	医療法人娛生会
代表者名	宮崎 香理

### 説明者

事業所名	フィットネスももとせ
氏名	大石 僚太郎

私は、事業者から重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

利用者	住所
	氏名

(代理人)	住所
	氏名