



【重要事項説明書】

株式会社m i k j a p a n

(米本)

20260401 改定

1. 当法人の目的

- | | |
|-------------|--|
| (1) 法人種別・名称 | 株式会社m i k j a p a n |
| (2) 設立 | 2024年2月9日 |
| (3) 資本金 | 1,000万円 |
| (4) 従業員数 | 約600名(パートを含む) |
| (5) 所在地 | 大阪府大阪市旭区千林2-11-24 |
| (6) 電話番号 | 06-6955-1139 |
| (7) ファックス番号 | 06-6955-1339 |
| (8) 代表取締役 | 日比野 泰章 |
| (9) 事業内容 | 薬局、薬店(ドラッグミック)の経営、医療品の小売と輸入業務・雑貨類販売・酒類販売、通信販売(スカイミック)、海外事業・商品開発(健康食品・化粧品等)、(介護予防)通所介護事業、地域密着型通所介護事業、介護予防・日常生活支援総合事業による介護予防・生活支援サービス事業の通所型サービス事業、居宅介護支援事業 |

2. 事業所の名称等

- | | |
|-------------|---------------|
| (1) 名称 | ミック健康の森 米本 |
| (2) 事業所番号 | 1292600580 |
| (3) 所在地 | 千葉県八千代市米本1359 |
| (4) 電話番号 | 047-411-6990 |
| (5) ファックス番号 | 047-411-6991 |
| (6) 管理者 | 高梨 美歩 |

3. 事業の目的及び運営の方針

(1) 事業の目的

株式会社m i k j a p a nが設置・運営するミック健康の森 米本が行う、地域密着型通所介護事業または、第1号通所(通所型サービス)事業(以下、「事業」といいます。)の適切な運営を確保するために、人員及び運営管理に関する事項を定め、事業の提供にあたる者(以下、「従業者」といいます。)が、要介護または、要支援状態にある高齢者(以下、「利用者」といいます。)に対し、適切な事業の提供をすることを目的とする。

(2) 事業の方針

従業者は、利用者の心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限り居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活ができるよう、必要な日常生活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ならびに利用者の家族等の身体的及び精神的負担の軽減を図るものとする。

4. 事業所の管理者、従業者の種類、員数及び職務内容

事業所に勤務する職種、員数及び職務内容は次のとおりとし、下記の（１）及び（２）又は（３）のいずれかは常勤とする。

- （１） 管理者 1名

※事業所の従業者の管理・業務の管理を一元的に行うとともに、関係法令等において規定されている事業の実施に関し、従業者に遵守すべき事項についての指揮命令等を行う。

- （２） 生活相談員 1名以上（サービス提供時間数に応じて配置）

※事業の利用申し込みに関わる調整及び利用者・家族等からの相談に応じ適切な助言を行います。また他の従業者と協力し、地域密着型通所介護計画または、第 1 号通所(通所型サービス)計画（以下、「サービス計画」といいます。）の作成等を行う。

- （３） 介護職員 1名以上

※利用者の心身状況等を的確に把握し、日常生活上の必要な介護、その他必要な業務の提供を行う。

- （４） 看護職員 1名以上

※利用者の健康管理のほか、利用者に対して必要な援助を行う。

- （５） 機能訓練指導員 1名以上

※日常生活に営む上で、必要な機能の回復または減退を防止するための訓練の実施・助言を行う。

5. 営業日及び営業時間

事業所の営業日及び営業時間等は、次のとおりとする。

- （１） 営業日：月曜日から金曜日（祝祭日含む）とする。但し 12 月 29 日から 1 月 3 日までを除く
（２） 営業時間：8 時 30 分から 17 時 30 分までとする。
（３） サービス提供時間：1 単位目（9 時 00 分～12 時 15 分） 2 単位目（13 時 15 分～16 時 30 分）

6. 利用定員

事業所の利用定員は、1 単位目：15 人、2 単位目：15 人とする。

7. 事業の内容

事業の内容は次のとおりとし、事業の提供にあたってはサービス計画に基づき提供するものとする。

- （１） 生活相談

※利用者からの相談等について、随時お聞きします。

- （２） 機能訓練

※利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送る上で必要な機能の回復または減退を防止するための訓練を行います。

- （３） 健康チェック

※利用時の体温、血圧、脈拍測定や、健康状態を確認します。

- （４） 送迎

※送迎車両又は徒歩にて、利用者の居宅と事業所間の送迎を行います。

8. 利用料等

(1) 提供する事業の利用料、利用者負担額について

利用料は、介護報酬告示上の額として管轄の都道府県または、市区町村が定める単位数に地域区分(10.45)を乗じた金額の介護保険負担割合証の割合負担額となり、これが改定された場合は、利用料も自動的に改定されます。その際は事前に文書で説明の上で、支払いに同意する旨の文書に署名及び捺印を受けることとします。利用者が法定代理受領サービスを利用する場合の利用者負担額は、介護保険負担割合証の負担割合額となります。但し、利用者が法定代理受領サービスを利用できない事により償還払いとなる場合は、一旦利用料を全額自己負担(10割)する事になり、事業者は利用者に対してサービス提供証明書を交付する事とします。

尚、利用料金は、利用者の該当する介護度により料金が異なります。詳細は、お手持ちの介護保険証及び介護保険負担割合証の負担割合額をご確認下さい。また、介護度が変更となった場合は、下記の料金のとおり該当する介護度の料金となります。

I. 地域密着型通所介護事業の場合

【 基本料金 】

要介護度	単位数	利用料(10割)	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)	備考
要介護1	416単位	4,347円	435円	870円	1,305円	1回あたり
要介護2	478単位	4,995円	500円	999円	1,499円	1回あたり
要介護3	540単位	5,643円	565円	1,129円	1,693円	1回あたり
要介護4	600単位	6,270円	627円	1,254円	1,881円	1回あたり
要介護5	663単位	6,928円	693円	1,386円	2,079円	1回あたり

【 加算料金 】

各種加算名称	単位数	利用料(10割)	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
個別機能訓練加算Ⅰ(イ)(※1)	56単位	598円	60円	120円	180円
個別機能訓練加算Ⅱ(※2)	20単位	213円	22円	43円	64円
科学的介護推進体制加算(※2)	40単位	427円	43円	86円	129円
ADL維持等加算(Ⅰ)(※2)	30単位	313円	32円	63円	94円
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	当該加算の算定要件を満たす場合(当該加算は区分支給限度額の算定要件から除かれます)は、合計単位数に8.0%乗じた額が算定(加算)されます。				

(※1)算定要件を満たす場合、1回あたり加算されます。(※2)1月あたり加算されます。

II. 第1号通所(通所型サービス)事業の場合

【 基本料金 】 ※保険者が八千代市の場合(地域区分:10.45)

要介護度	単位数	利用料(10割)	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)	備考
事業対象者 要支援1	1,798単位	18,789円	1,879円	3,758円	5,637円	1月あたり
事業対象者 要支援1	59単位	616円	62円	124円	185円	1回あたり (※3)
事業対象者 要支援2	3,621単位	37,839円	3,784円	7,568円	11,352円	1月あたり

事業対象者 要支援2	119 単位	1,243 円	125 円	249 円	373 円	1 月あたり (※3)
---------------	--------	---------	-------	-------	-------	----------------

(※3) 月途中での契約及び解約、ショートステイサービスを利用された場合は、日割り計算となります

【 加算料金 】 ※保険者が八千代市の場合(地域区分：10.45) (1月あたり)

各種加算名称	単位数	利用料(10割)	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
科学的介護推進体制加算(※4)	40 単位	418 円	42 円	84 円	126 円
介護職員等処遇改善加算Ⅲ	当該加算の算定要件を満たす場合(当該加算は区分支給限度額の算定要件から除かれます)は、合計単位数に8.0%乗じた額が算定(加算)されます。				

(※4) 1月あたり加算されます。

その他の費用(介護保険適用外)について

- ① おむつ代 事業所の所有するおむつ又はパッドを使用した場合は、おむつ代として、1枚150円、パッド代として1枚100円を徴収するものとします。
- ② カフェ代 利用者の希望に応じて、おやつ及びコーヒー等の飲料を提供致します。提供した場合は、1日200円(非課税)を徴収するものとします。
- ③ 送迎代 通常の事業の実施地域内は無料となりますが、通常の実施地域区域外の地域にお住まいの方で、当事業を利用される場合には、通常の事業の実施地域の境界と利用者宅との間の送迎費用として、1kmあたり100円を徴収するものとします。
- ④ その他 事業において提供される便宜のうち、日常生活において通常必要となる物に係る費用については、実費相当分を徴収するものとします。
- ⑤ キャンセル代 当事業所ではキャンセル料金は徴収致しません。体調不良やご都合が悪い場合は、事業所の従業者にお伝え下さい。

(2) 利用料金の支払い方法

利用料金の支払い方法は、毎月月末締めとし、翌月15日以降に当月分の利用料金を請求致しますので、26日までに予め指定の方法でお支払下さい。お支払方法は(1.口座振替、2.銀行振込、3.現金)にて対応させて頂いております。尚、銀行振込の場合の振込手数料は利用者のご負担とさせて頂きます。

9. 通常の事業の実施地域

地域密着型通所介護事業：八千代市

通所型サービス事業：八千代市

10. 苦情および相談の受付について

当事業所における苦情および相談の受付は、専用窓口(苦情・相談対応担当者)を設置し受け付けることとします。また、円滑かつ迅速に相談および苦情処理を行うための体制・手順として、苦情・相談対応担当者が不在の場合でも、基本的事項については誰でも対応できるようにするとともに、苦情・相談対応担当者に必ず引き継ぐ事とします。苦情があった場合は、ただちに苦情・相談対応担当者が連絡を取り、直接利用者宅を訪問する等、詳細を確認するとともに、苦情もしくは相談を直接受けた従業者からも詳

13. 事故発生時の対応

事業の実施中に発生した事故に関して、利用者の家族等・管轄の都道府県または、市区町村、担当の地域包括支援センターまたは、居宅介護支援事業者（介護支援専門員等）に連絡を行うとともに、事故報告書を作成し経過を記載及び必要な措置を講じます。また、賠償すべき事故に関しては、当事業所加入の損害賠償保険により、その範囲内で賠償いたします。

- | | | |
|-----|----------|---------------------------|
| (1) | 損害賠償保険会社 | 損害保険ジャパン株式会社 |
| (2) | 保険名 | ウォームハート（介護保険・社会福祉事業者総合保険） |
| (3) | 補償概要 | 身体・財物賠償責任 |

14. 非常災害対策

従業者は、常に災害事故防止と利用者の安全確保に努め、管理者は、防火管理者または災害等に関する担当者を設置します。防火管理者または災害等に関する担当者は、定期的に消防用設備、救出用設備等を点検し、非常災害に関する具体的計画を立てるものとし、事業所はこの計画に基づき、避難および救出その他必要な訓練を行うものとし、また、訓練の実施にあたって地域住民の参加が得られるように努めます。※避難訓練実施時期（年2回：5月および10月）

15. 秘密保持

- (1) 事業者及びその従業者は、事業を提供する上で知り得た利用者及びその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (2) 当事業所は、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り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとし、また、
- (3) 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族等の個人情報においても、同様です。

16. 地域との連携等

- (1) 事業の運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等、地域との交流を図るものとし、また、
- (2) 事業者は、当事業所で行う地域密着型通所介護を地域に開かれたサービスとし、サービスの質の確保を図る事を目的として、運営推進会議を設置します。
- (3) 運営推進会議の構成員は、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、事業所が所在する区域を管轄する地域包括支援センターの職員又は市区町村の職員、地域密着型通所介護について知見を有する者等とし、おおむね6か月に1回以上（管轄の市区町村の条例による）開催します。
- (4) 事業者は、運営推進会議において活動状況を報告し、評価を受けるとともに、必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。
- (5) 事業者は、前項の報告、評価、要望、助言等についての記録を作成するとともに、当該記録を公表します。

17. 利用者の意見等を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

(ア)利用者アンケート調査、意見箱等の利用者の意見等を把握する取組の状況については下記の通りとなります。

実施状況 : 1. あり 2. なし

実施日 : 随時 (年1回程度)

結果の開示 : 1. あり 2. なし

(イ) 第三者による評価の実施状況は下記の通りとなります。

実施状況 : 1. あり 2. なし

実施日 :

評価機関名 :

結果の開示 : 1. あり 2. なし

18. 送迎に関して注意事項

- (1) 原則、ドアツードア対応での送迎をいたします。但し身体的・環境的等の諸事情がある場合は、利用者、家族等と話し合いを行い、提供できる範囲の送迎サービスを実施します。尚、送迎中の途中乗車及び途中下車は出来かねますのでご了承下さい。
- (2) 交通事情等により10分以上到着が遅れる場合がございます。その際は事業所より連絡をいたします。
- (3) 利用者の体調不良等を除き、準備が出来ていない等の場合、他利用者にご迷惑となります。長時間の待機は出来かねますのでご協力をお願いいたします。
- (4) 乗車中は、安全のため全席シートベルトの着用をお願いいたします。

19. 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) 虐待防止のための指針を整備
- (4) 虐待防止に関して措置を適切に実施するための担当者を設置
虐待防止担当者：ミック健康の森 米本 管理者 高梨 美歩
本部担当窓口：株式会社m i k j a p a n ケアサービス事業本部 中尾 勇人
- (5) その他虐待防止のために必要な措置
- (6) 事業所は、事業提供中に、当該事業所従事者又は養護者（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、これを市区町村に通報するものとします。

20. 事業継続計画の策定に関する事項

- (1) 事業所は、非常災害や感染症の発生時において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画として、事業継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を講じるものとします。
- (2) 事業者は従業者に対し、業務継続計画について説明周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施するものとします。
- (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します。

21. 就業環境の確保に関する事項

- (1) 事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的關係を背景とした言動であつて業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、従業者の就業環境を害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。
- (2) 従業者の相談窓口を周知するとともに、適切に対応することのできるよう相談窓口担当を設置
ハラスメント相談窓口：株式会社m i k j a p a n 管理本部 総務課

22. 利用に関する重要事項

従業者は、利用者に対して安全かつ適正な事業の提供を受けてもらえるよう、利用者に対して次の点に留意するよう指示を行うこととします。

- (1) 利用者または家族等は、主治医からの指示事項等があった場合、従業者に申し出ること。
- (2) 利用者は、事業利用時に体調等がすぐれない場合、速やかに申し出ること。
- (3) 利用者は現金・高価な所持品の持ち込み、利用者間での金銭・物品の貸し借りをしないこと。
- (4) 従業者は、利用者が体調不良等で事業に適さないと判断した場合、事業を中止します。
- (5) 従業者は、利用者または家族等に対し、宗教・政治・営利活動等を行いません。
- (6) 従業者は、利用者または家族等の金銭、預貯金通帳、証書等の重要書類は預かりません。
- (7) 従業者は、利用者または家族等からの金銭または物品の授受は致しません。
- (8) 従業者は、利用者に対する身体拘束その他行動を制限する行為は行いません。但し、利用者または他の利用者等の生命・身体を保護するために緊急やむを得ない場合には記録し適正な手続きにより身体等を拘束する場合があります。

以上のとおり、事業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。

令和 年 月 日

【事業者】 大阪府大阪市旭区千林 2-11-24
株式会社m i k j a p a n
代表取締役 日比野 泰章

【事業所名】 ミック健康の森 米本

【説明者名】 <職種> _____ <氏名> _____ ⑩

私は、事業者から本書面に基づいて重要事項の説明を受け、内容に同意しました。

【利用者】 住所 _____
氏名 _____ ⑩

【署名代行者】 私は、本人の契約意思を確認し署名代行致しました。

利用者との関係 ()

署名代行理由 ()

住所 _____

氏名 _____ ⑩