

地域密着型通所介護 重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

※ 当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でも申請中の方であればサービスの利用は可能です。

1. 事業者（法人）の概要

（１）法 人 名	有限会社 AIR & AIR
（２）法 人 所 在 地	東京都杉並区梅里２－１２－１０
（３）電 話 番 号	０３－６３８３－１８１１
（４）代 表 者 氏 名	代表取締役 三澤慶洋
（５）設 立 年 月 日	平成１６年６月１７日

2. 事業所の概要

（１）事 業 所 の 種 類	地域密着型通所介護
（２）事 業 所 の 名 称	デイサービス Smile Again
（３）事業所の所在地	埼玉県入間市東町 5-2-35
（４）電 話 番 号	０４－２９０１－８４５５
（５）管 理 者	池田正信
（６）開 設 年 月 日	令和４年４月１日
（７）利 用 定 員	１０人（総合事業通所型サービスを含む）

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的

要介護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、居宅サービス又は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、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止のため、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

地域密着型通所介護は、事業者が設置する事業所（デイサービス Smile Again）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、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並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減を図るサービスです。

5. 事業実施地域及び営業時間

（１）通常の事業の実施地域

埼玉県入間市・所沢市

（２）営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（１２月２９日～１月３日）を除きます
営 業 時 間	午前９時００分から午後６時００分まで
サービス提供時間	午前９時３０分から午後５時３０分まで

6. 事業所の職員体制

管 理 者	常勤１名	計１名
生 活 相 談 員	常勤２名（内兼務１名）非常勤１名	計３名
介 護 職 員	常勤１名（内兼務１名）非常勤５名	計６名
機能訓練指導員	非常勤１名	計１名

7. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担額」は、原則として、基本利用料の1割～3割です。ただし、介護保険給付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）地域密着型通所介護の利用料

■基本利用料（令和6年4月1日現在）

利用時間	介護度	単位数	1日当たりの地域密着型通所介護費			
			基本利用料 ※（注1・注2参照）	利用者負担額		
				1割	2割	3割
6時間以上 7時間未満	要介護1	678	6963円	697円	1393円	2089円
	要介護2	801	8226円	823円	1646円	2468円
	要介護3	925	9499円	950円	1900円	2850円
	要介護4	1049	10773円	1078円	2155円	3232円
	要介護5	1172	12036円	1204円	2408円	3611円
7時間以上 8時間未満	要介護1	753	7733円	774円	1547円	2320円
	要介護2	890	9140円	914円	1828円	2742円
	要介護3	1032	10598円	1060円	2120円	3180円
	要介護4	1172	12036円	1204円	2408円	3612円
	要介護5	1312	13474円	1348円	2695円	4043円
8時間以上 9時間未満	要介護1	783	8041円	805円	1609円	2413円
	要介護2	925	9499円	950円	1900円	2850円
	要介護3	1072	11009円	1101円	2202円	3303円
	要介護4	1220	12529円	1253円	2506円	3759円
	要介護5	1365	14019円	1402円	2804円	4206円

（注1） 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注2） 利用者負担算出方法（1割）
 地域単価（10.27）×単位数＝〇〇円（1円未満切り捨て）
 〇〇円－（〇〇円×0.9（1円未満切り捨て））＝△△円（利用者負担額）

（注3） 送迎料金は、サービス利用料金に含まれます。

■加算

下記の要件を満たす場合、前記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	単位数	加算額			
			基本利用料	利用者負担金		
				1割	2割	3割
延長加算	所要時間が 9 時間以上 10 時間未満の場合	50	513 円	52 円	103 円	154 円
	所要時間が 10 時間以上 11 時間未満の場合	100	1027 円	103 円	206 円	309 円
	所要時間が 11 時間以上 12 時間未満の場合	150	1540 円	154 円	308 円	462 円
	所要時間が 12 時間以上 13 時間未満の場合	200	2054 円	206 円	411 円	617 円
	所要時間が 13 時間以上 14 時間未満の場合	250	2567 円	257 円	514 円	771 円
入浴介助加算（Ⅰ）	利用者の入浴を行った場合（1 日につき）	40	410 円	41 円	82 円	123 円
科学的介護推進体制加算	利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他の心身の状況などに係る基本的な情報のデータ提出とフィードバック情報を活用した場合（1 月につき）	40	410 円	41 円	82 円	123 円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	介護職員のうち介護福祉士の占める割合が 70%以上、若しくはサービスを直接提供する者のうち勤続年数 10 年以上の者の占める割合が 25%以上ある体制の場合（1 日つき）	22	225 円	23 円	45 円	68 円

介護職員等処遇改善加算Ⅰ（Ⅰ）	介護職員の改善等を実施しているものとして、また、経験・技能のある職員に重点化を図りながら、介護職員の更なる賃金改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定地域密着型通所介護事業所が利用者に対して指定地域密着型通所介護を行った場合	自己負担金＝ 月の介護報酬総単位×12.7%
-----------------	--	------------------------

■減算

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件	単位数	減算額			
			基本利用料	利用者減算額		
				1割	2割	3割
送迎を行わない場合の減算	利用者に対して、その居宅と指定通所介護事業所との間の送迎を行わない場合（片道につき）	47	482円	49円	97円	145円

（２）その他費用（税込）

食費（昼食）	食事の提供を受けた場合、1回につき660円をいただきます。
おやつ代	おやつの提供を受けた場合、1回につき130円をいただきます。
夕食代	延長利用を希望され夕食の提供を受けた場合、1回につき770円をいただきます。
おむつ代	パンツ110円、パッド55円とさせていただきます。 （お迎え時持参いただいたおむつが足りない場合に当施設にてご用意致します）
材料費	1回ご利用につき20円
洗濯代	220円/回
レクリエーション・クラブ活動・園外活動	レクリエーションやクラブ活動、特別行事や園外活動に参加していただくことができます。費用が発生するものについては、事前に了承を得て、材料代などの実費をいただく場合もあります。
複写物の交付	契約者はサービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費を負担いただくことがあります。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

（３）キャンセル料

利用予定日の前に、利用者の都合により、地域密着型通所介護サービスの利用を中止することができます。この場合には、実施日の前日18時00分までに事業所に申し出てください。

なお、前日18時01分以降の申し出、事前連絡がない場合はキャンセル料として1回550円の実費負担となります。

【連絡先】（電話番号）04-2901-8455

（４）支払い方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、１ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書については、利用者負担金の支払いを受けた後、振込の場合は振込明細書を領収書の代わりに、現金払いの場合はその都度発行いたします。

支払い方法	支払い要件等
振込	サービスを利用した月の翌月の１０日以降に請求書を郵送いたします。指定の口座にお振込みください。振込手数料のご負担をお願いいたします。
現金払い	サービスを利用した翌月の２０日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

８．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。

利用者の主治医	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（利用者との続柄） 電話番号	

9. 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、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10. 苦情相談窓口

当事業所は苦情受付窓口を設置しており利用者・家族からの苦情に迅速、適切に対応します。また、本事業所への苦情やご意見は、行政やその他苦情受付機関に相談することもできます。

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口
○営業日及び営業時間

〔職名〕管理者：池田正信
月曜日～土曜日【9:00～18:00】
電話番号 04-2901-8455

(2) 行政機関その他苦情受付機関

埼玉県県国民健康保険団体連合会	所在地 埼玉県さいたま市中央区 大字下落合1704番（国保会館） 電話番号 048-824-2537 受付時間 8：30～17：00（土・日・祝日除く）
入間市役所 健康推進部 介護保険課	所在地 埼玉県入間市豊岡1-16-1 電話番号 04-2964-1111 受付時間 8：30～17：15（土・日・祝日除く）
所沢市役所 福祉部 介護保険課	所在地 埼玉県所沢市並木1-1-1 電話番号 04-2998-9420 受付時間 8:30～17:15（土・日・祝日除く）

11. 利用者に対する虐待の防止等

事業者は、ご利用者に対する虐待の防止及び利用者の権利の擁護に努めるものとします。

12. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供の開始にあたり、本書面に基づき重要事項を説明しました。

事業者

有限会社 AIR & AIR

代表取締役 三澤慶洋

印

説明者

職名 _____

氏名 _____

印 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者：住所 _____

氏名 _____ 印 _____

署名代行人（又は法廷代理人）

住所 _____

氏名 _____ 印 _____