地域密着型通所介護（介護予防型・短時間型デイサービス）重要事項説明書

＜令和 7 年 5 月 8 日現在＞

1 通所介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	有限会社 エーエーイー
代 表 者 名	代表取締役 藤﨑 敏郎
所在地・連絡先	（住所） 京都府京田辺市花住坂2丁目15番地8 （電話） 0774－64－4335（FAX） 0774－63－7483

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	Re・Care デイサービス山科
所在地・連絡先	（住所）京都市山科区大宅甲ノ辻町1番地 グランディオス京都東1階 （電話） 075－583－5667（FAX） 075－583－5668
事業所番号	地域密着型通所・介護予防型デイサービス2674100843 総合事業短時間型26A4100119
管理者の氏名	西 太伊知
利 用 定 員	1単位につき 18名

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数（人）	区分		常勤換後の人数（人	職 務 の 内 容
		常勤(人)	非常勤(人)		
管 理 者	1	1			従業者の管理及び利用申し込みに係る調整。
生活相談員（相談員）	1	1			生活指導及や介護に関する相談及び援助。
介 護 職 員	2	2			介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護。
看護職員	1	訪問看護ステーションとの連携により各サービス単位ごとに1名以上配置			サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。利用者の病状が急変した場合に利用者の主治医の指示を受け必要な看護を行います。
機能訓練指導員	2	2			介護計画に基づき、可能な限り有する能力に応じ自立した日常生活を営む事が出来るように機能訓練を行います。

（ ）内は短時間型デイサービス

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制
管 理 者	正規の勤務時間帯（8:30～17:30）
生 活 相 談 員	正規の勤務時間帯（8:30～17:30）
介 護 職 員	正規の勤務時間帯（8:30～17:30）
看 護 職 員	訪問看護ステーションとの連携
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯（8:30～17:30）

⑷ 事業の実施地域

事業の実施地域	京都市山科区・伏見区醍醐北部地域（北醍醐・醍醐西・醍醐・池田・池田東）

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

⑸ 営業日等

営業日	営業時間
平日	月曜日から金曜日　8:30～17:30　※祝日は営業します。
サービス提供時間	午前1単位・9:00～12:05　　午後1単位・2:00～5:05 短時間型デイサービスの場合 午前1単位・10:00～12:00　　午後1単位・2:00～4:00

営業しない日	土曜日・日曜日・8月中旬4日間（日程は事前通達） 12月30日から1月3日まで

3 サービスの内容及び費用

（1）介護保険サービス（介護予防型・短時間型デイサービス含む）

ア サービス内容

種 類	内 容
通所介護計画作成	利用者に係る居宅介護支援事業所が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき利用者の意思や心身状況のアセスメントを行い援助目標に応じてサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。
科学的介護推進体制加算 ADL維持加算Ⅱ	利用者ごとのADL値・認知症状の状況その他の心身状況等に係る基本的な情報LIFEを用いて厚生労働省に提出し必要に応じて計画を見直していきます
個別機能訓練 Ⅰ・Ⅱ	個々の利用者の状態に適切に対応する観点から個別の機能訓練実施計画を策定し、これに基づきサービス提供を行います。

生活指導 相談及び援助	利用者の生活面での指導・援助を行います。 各種レクリエーションを実施し、利用者とその家族からのご相談に応じます。
健康チェック	血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。
送　迎	ご自宅から事業所までの送迎を行います。

イ 費用

介護保険の適用がある場合は、介護保険負担割合に応じて料金表の利用料金の1～3 割が利用者の負担額となります。※負担割合は介護保険負担割合証に準ずる。

地域密着型通所介護（当事業所の事業所規模である地域密着型の場合） 基本単位（単位 10.45 円）（1 割負担の場合を記載）

サービス内容	3時間以上4時間以内		
	サービス基本単位	サービス利用料金	利用者負担額（目安）
要介護1	416単位	4347円／日	435円／日
要介護2	478単位	4995円／日	499円／日
要介護3	540単位	5643円／日	564円／日
要介護4	600単位	6270円／日	627円／日

要介護5	663単位	6928円／日	693円／日

・介護加算項目

サービス内容	サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額(目安)
個別機能訓練Ⅰロ	76単位	794円／回	79円／回
個別機能訓練Ⅱ	20単位	209円／月	21円／月
サービス提供体制強化加算Ⅰイ	22単位	229円／回	23円／回
科学的介護推進体制加算	40単位	418円／月	42円／月
ADL維持加算Ⅱ	60単位	627円／月	63円／月

・介護予防型デイサービス(入浴なし) 基本単位 (1 単位 10.45 円)

サービス内容	3時間以上		
	サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額(目安)
週1回	1472単位	15382円／月	1539円／月
週2回	3028単位	31642円／月	3165円／月

・短時間型デイサービス(入浴なし・送迎あり) 基本単位 (1 単位 10.45 円)

サービス内容	サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額(目安)
週1回	1176単位	12289円/月	1229円/月
週2回	2369単位	24756円/月	2476円/月

・短時間型デイサービス(入浴なし・送迎なし) 基本単位 (1 単位 10.45 円)

サービス内容	サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額(目安)
週1回	766単位	8004円/月	801円/月
週2回	1579単位	16500円/月	1650円/月

・介護予防型・短時間型デイサービス加算項目

サービス内容	サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額(目安)
科学的介護推進体制加算	40単位	418円／月	42円／月
サービス提供体制強化加算Ⅰイ 週 1 回利用	88単位	919円／月	92円／月
サービス提供体制強化加算Ⅰイ 週 2 回利用	176単位	1839円／月	184円／月

※別途、介護職員処遇改善加算が加算されます。

※基本的に個別機能訓練加算Ⅰロを算定させていただきますが、機能訓練指導員が欠勤の場合は個別機能訓練加算Ⅰイ(56 単位)を算定させていただきます。

○上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

○介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。

○介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

(2) 介護保険給付対象外サービス

○ おむつ代

おむつを使用される方は、おむつ代の実費が必要となります。（150 円／枚）

○ 事業の実施地域外の送迎費

2－(4)の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は、通常の事業の実施地域を越えた地点から、1キロメートルあたり 100 円が必要となります。

○ その他の費用

通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係わる費用であって、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

○おやつ代:50 円/1 回

(3) 利用料等のお支払方法

利用料、利用者負担額その他の費用の請求方法	① 利用料利用者負担額及びその他の費用はサービス提供ごとに計算し利用月ごとの合計金額により請求いたします。 ② 現金回収の場合、上記に係る請求書は利用明細を添えて利用月の翌月 10 日　までに利用者にお渡しいたします。 ③ 口座振替の場合、翌月の 15 日に請求書を渡し、同 27 日に口座振替をさせていただきます。
利用料、利用者負担額その他の費用の支払い方法	① 現金回収の場合、翌月の 20 日までによりお支払下さい。 ② 口座振替の場合、翌月の 27 日に口座振替を実施します。27 日が休日の場合、振替日は翌営業日になります。 ③ お支払が確認できましたら、領収書をお渡しします。必ず保管されますようお願いします。 （医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。） ※（10割記載削除）償還払いとなる場合、利用者が保険給付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」を交付します。「サービス提供証明書」を各区役所介護保険担当窓口に提出いただきますと、自己負担額を除く金額が支払われます。

5 事業所の特色等

1　事業目的	(有)エーエーイーが設置するRe. Careデイサービス山科において実施する指定地域密着型通所介護・総合事業通所型サービスの適切な運営を確保するため必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、施設職員が要介護状態の利用者に対し適切な指定介護通所を提供することを目的とする。
2　運営方針	機能訓練重視の指定地域密着型通所介護・総合事業通所型サービスの提供にあたり要介護状態の利用者に可能な限りその居宅において、有する能力に応じ自立した生活を営む事が出来るよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の向上、維持ならびその家族の身体的精神的負担の軽減を図るために必要な日常生活の世話及び機能訓練等の介護、その他必要な援助を行う。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所利用者相談窓口	窓口責任者 藤﨑泰志 ご利用時間 9:00～17:30 ご利用方法 電話(075－583－5667)
山科区役所保健福祉センター 健康長寿推進課	受付時間:月曜日～金曜日8:30～17:15 電話番号:075－592－3290
伏見区醍醐支所保健福祉センター 健康長寿推進課	受付時間:月曜日～金曜日8:30～17:15 電話番号:075－571－6471
京都府国民健康保険団体連合会	受付時間:月曜日～金曜日9:00～17:00 電話番号:075－354－9090
法人本部利用者相談窓口	受付時間:月曜日～金曜日9:00～17:30 電話番号:0774－64－4335

7　提供するサービスの第三者評価の実施状況

【実施済の場合】

○実施年月日　　年　　月　　日

○実施評価機関の名称(　　)

○評価結果の開示状況(　　)

【未実施の場合】

○未実施

8 緊急時及び事故発生時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をするとともに必要な措置を講じます。

また、サービス提供中に事故が発生した場合には、必要な措置を講じるとともに上記に加え、京都市、当該利用者の家族及び当該利用者に係る地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等に連絡を行います

※携帯電話をお持ちの方はご記入をお願いします。

携帯電話 （ご本人）	

主治医	病院名・所在地	
	氏　名	
	電 話 番 号	

緊急連絡先 （家族等）	氏　名（続柄）	
	住所	
	電話番号	

地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者	事業所名	
	所在地	
	担当者（CM）	
	連絡先	

9 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画にのっとり対応を行います。			
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画にのっとり年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	消火器	あり		
	自動火災報知機	あり		
	誘導灯	1 個所		
	カーテン、布団等は防炎性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	山科消防署への届出日：平成24年4月24日 防火管理者：藤﨑泰志			

10 サービス利用に当たっての留意事項

① サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。
被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
② 利用者に係る地域包括支援センター、居宅介護支援事業所が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき利用者及び家族の意向を踏まえ「地域密着型通所介護（介護予防型デイサービス・短時間型デイサービス）」計画を作成します。
③ 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。事故につながります。
④ 決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
⑤ 他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
⑥ 所持金品は、自己の責任で管理してください。
⑦ 施設内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。
⑧ 天候不良等で警報が出た場合・自然災害などでサービスを見合わせる場合があります。

11 介護サービス内容の見積もりについて

① このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅サービス計画（介護予防型デイサービス計画・短時間型デイサービス計画）に沿い事前にお伺いした日常生活状況や利用者様、当該事業所の意向に基づき作成したものです。

提供時間帯	個別機能訓練Ⅰ・Ⅱ	サービス提供体制強化	利用者負担額（目安）※一割負担の場合

科学的介護推進体制加算	ADL 維持加算Ⅱ

Re. Careデイサービス山科の利用に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、地域密着型通所介護・介護予防型・短時間型デイサービスのサービス内容及び重要事項の説明をしました。

説明年月日: 令和　　年　月　日

事業者

住　　所	京都府京田辺市花住坂 2 丁目 15 番地 8
事 業 者 (法人)名	有限会社エーエーイー
事 業 所 名	リ, ケアデイサービス山科
(事業所番号)	2674100843 26A4100119
代表者名　取締役	事業部長　藤﨑　泰志

説明者　　職 名

氏 名

私は、重要事項説明書に基づいて地域密着型通所介護(介護予防型・短時間型デイサービス)のサービス内容及び重要事項の説明を受けその内容に同意の上、本書面を受領しました。

利用者本人

住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記代理人(ご家族代筆)

住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿