

# 重要事項説明書

(デイフォレスト溝の口)

利用者： \_\_\_\_\_ 様

事業者： スミリンフィルケア株式会社

# 通所介護及び第1号通所事業重要事項説明書

(2025年4月1日現在)

あなたに対する通所介護・介護予防通所介護サービスの提供にあたり、平成11年3月31日厚生省令第37号（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準）第105条、第8条に基づいて、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。

## 1 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

スマリソフィルケア株式会社 デイフォレスト溝の口 TEL：044-872-7035

担当：桑山 加菜子

## 2 事業の目的及び運営の方針

### (1) 事業の目的

当事業所は、在宅福祉の担い手として、要介護状態等となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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、事業所の生活相談員、看護職員、機能訓練指導員及び介護職員が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定通所介護及び指定介護予防通所介護及び第1号通所事業を提供することを目的とします。

### (2) 運営の方針

当事業所において提供する通所介護・介護予防通所介護及び第1号通所事業は、介護保険法並びに各法令に沿ったものとして、要介護者の心身の特性を踏まえて、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、必要な日常生活上の世話及び機能訓練の援助を行うことにより、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家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。

## 3 通所介護事業所の概要

### (1) 事業者の指定番号およびサービス提供区域

事業所名	デイフォレスト溝の口
所在地	神奈川県川崎市高津区下作延5丁目13-6
介護保険指定番号	通所介護、介護予防通所介護及び第1号通所事業 川崎市指定 第1475302509号
サービス提供地域	川崎市高津区・多摩区(堰1丁目～3丁目、宿河原1丁目～7丁目、長尾1丁目～7丁目)・宮前区(潮見台、菅生ヶ丘、水沢1丁目～3丁目、菅生1丁目～6丁目、犬蔵1丁目～3丁目、初山1丁目及び2丁目を除く地域)の区域

### (2) 営業日および営業時間

営業日	月曜日～土曜日・祝日
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時15分～午後4時25分
定休日	日曜日、年末年始(12/31～1/3) ※行事等により変更となることがあります

### (3) 職員体制

従業者の職種	資格	常勤	非常勤	計
管理者	介護福祉士	1名		1名
生活相談員	社会福祉士、介護福祉士	2名		2名
看護職員	看護師・准看護師		2名	2名
介護職員	介護福祉士・ヘルパー2級	5名	3名	8名
機能訓練指導員	看護師・准看護師		2名	2名

(4) 事業計画および財務内容について

事業計画および財務内容については、求めがあればお客様およびそのご家族の方が閲覧することができます。

4 サービス内容

通所介護計画（または介護予防通所介護計画）に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、アクティビティその他必要な介護等を行います。

5 利用料金

(1) 利用料

本契約に基づき、利用者に対してスマリソフィルケア株式会社が提供する通所介護サービスの利用料は、利用者の要介護（要支援）認定の結果に応じた利用料および、その他の利用料で下記の通りです。

なお、当該月の利用にかかる総単位数に対し、介護職員等処遇改善加算Ⅰとして 9.2%が別途加算されます。

\*単位：円（消費税非課税）

	3時間以上4時間未満				4時間以上5時間未満				5時間以上6時間未満			
	利用者様負担額				利用者様負担額				利用者様負担額			
	ご利用 1回当たりの 料金	1割	2割	3割	ご利用 1回当たりの 料金	1割	2割	3割	ご利用 1回当たりの 料金	1割	2割	3割
要介護1	3,966	397	794	1,190	4,159	416	832	1,248	6,110	611	1,222	1,833
要介護2	4,534	454	907	1,361	4,759	476	952	1,428	7,214	722	1,443	2,165
要介護3	5,134	514	1,027	1,541	5,381	539	1,077	1,615	8,329	833	1,666	2,499
要介護4	5,713	572	1,143	1,714	6,003	601	1,201	1,801	9,433	944	1,887	2,830
要介護5	6,303	631	1,261	1,891	6,614	662	1,323	1,985	10,548	1,055	2,110	3,165

	6時間以上7時間未満				7時間以上8時間未満				8時間以上9時間未満			
	利用者様負担額				利用者様負担額				利用者様負担額			
	ご利用 1回当たりの 料金	1割	2割	3割	ご利用 1回当たりの 料金	1割	2割	3割	ご利用 1回当たりの 料金	1割	2割	3割
要介護1	6,260	626	1,252	1,878	7,053	706	1,411	2,116	7,171	718	1,435	2,152
要介護2	7,386	739	1,478	2,216	8,329	833	1,666	2,499	8,479	848	1,696	2,544
要介護3	8,533	854	1,707	2,560	9,648	965	1,930	2,895	9,808	981	1,962	2,943
要介護4	9,658	966	1,932	2,898	10,966	1,097	2,194	3,290	11,159	1,116	2,232	3,348
要介護5	10,805	1,081	2,161	3,242	12,306	1,231	2,462	3,692	12,520	1,252	2,504	3,756

【上記の料金に加え、下記の加算および減算が発生することがあります。】

\*単位：円（消費税非課税）

加減算	加減算が発生する場合	ご利用 1回当たりの 料金	1割	2割	3割
		入浴介助加算(Ⅰ)	厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事又は市長に届け出て当該基準による入浴介助を行った場合	428	43
個別機能訓練加算Ⅰ(イ)	厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事又は市長に届け出た通所介護の利用者に対して、機能訓練を行っている場合	600	60	120	180
サービス提供体制強化加算Ⅰ	厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事又は市長に届け出て通所介護サービスを行った場合	235	24	47	71

事業所が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は、片道につき47単位を所定単位数から減算する。	-503	-51	-101	-151
------------------	---	------	-----	------	------

\*厚生労働省が定める方法によって端数処理を行なう関係上、実際の請求額とは若干の差異が生じる可能性があります。

\*上記の料金は、厚生労働省の定める基準に従って、変更される場合があります。

(2) その他の利用料金：法定代理受領サービスに該当しないサービス

本契約に基づき、利用者が負担する利用者の希望によるサービスおよび、通常の事業実施地域を越えて行なう通所介護サービスに要する料金は下記の通りです。

\*単位：円（消費税を含む）

昼食代	昼食1食あたりの料金	1000円
おやつ代	おやつ1食あたりの料金	100円
おむつ代		おむつ：110円 パット：55円
キャンセル料金	利用日前日の17時までに事業所にご連絡を頂いた場合は無料	1100円
教養娯楽費		実費
記録の複写代		10円
通常の事業実施地域を越えて行なう通所介護サービスに要する交通費	通常の事業実施地域である下記地域は無料です。 川崎市高津区・多摩区(堰1丁目～3丁目、宿河原1丁目～7丁目、長尾1丁目～7丁目)・宮前区(潮見台、菅生ケ丘、水沢1丁目～3丁目、菅生1丁目～6丁目、犬蔵1丁目～3丁目、初山1丁目及び2丁目を除く地域)の区域	通常の事業実施地域を越えた所より、片道分1kmごとに22円
	利用者と事業者間の合意のもと、送迎時に利用する有料道路代金	実費

(3) 川崎市介護予防通所サービス費：川崎市を保険者とする利用者が要支援1、要支援2

または事業対象者と認定されている場合

介護予防サービス・支援計画の定めにより、利用料金は下記の通りです。

単位：円（消費税非課税）

介護状態区分等	算定項目	利用回数・算定料金	利用料金	利用者様負担額		
				1割	2割	3割
事業対象者 要支援1	送迎のみあり	月に1回～4回利用の場合、1回あたりの料金	3,634	364	727	1,091
		月に5回の利用の場合、1月あたりの料金	18,191	1,820	3,639	5,458
	送迎あり・入浴あり	月に1回～4回利用の場合、1回あたりの料金	4,062	407	813	1,219
		月に5回の利用の場合、1月あたりの料金	20,335	2,034	4,067	6,101
要支援2	送迎のみあり	月に1回～8回利用の場合、1回あたりの料金	3,730	373	746	1,119
		月に9回から10回の利用の場合、1月あたりの料金	37,284	3,729	7,457	11,186
	送迎あり・入浴あり	月に1回～8回利用の場合、1回あたりの料金	4,159	416	832	1,248
		月に9回から10回の利用の場合、1月あたりの料金	41,572	4,158	8,315	12,472

【上記の料金に加え、下記の加算が発生することがあります。】

単位：円（消費税非課税）

加減算	加減算が発生する場合	利用料金	利用者様負担額			
			1割	2割	3割	
サービス提供体制強化加算Ⅰ	厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事又は市長に届け出て通所介護サービスを行った場合	事業対象者 要支援1	943	95	189	283
		要支援2	1,886	189	378	566
事業所が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は、片道につき47単位を所定単位数から減算する。	-503	-51	-101	-151	

\* 保険者が定める方法によって端数処理を行なう関係上、実際の請求額とは若干の差異が生じる可能性があります。

\* 上記の料金は、保険者の定める基準に従って、変更される場合があります。

#### (4) 料金の支払方法

ご請求方法	毎月、中旬頃までに前月分の請求書（明細添付）をお届けいたします。
お支払い方法	お支払いの方法は、原則として口座振替とし、毎月27日（27日が土・日・祝祭日の場合は金融機関翌営業日）に引き落としをかけさせていただきます。

#### 6 サービスの利用方法

##### (1) サービスの終了

###### ①ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

###### ②当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了する場合があります。

その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知します。

###### ③自動終了（以下の場合には双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了します）

ご利用者が介護保険施設に入所した場合

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

ご利用者が利用対象外地域に転出された場合

ご利用者がお亡くなりになった場合

###### ④その他

当社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、ご利用者や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、または当社が破産した場合、ご利用者は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。

ご利用者がサービス利用料金の支払いを3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10日以内にお支払いのない場合、またはご利用者やご家族の方などが当社や当社の従業者、又は他のご利用者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当社が文書で通知することにより、即座にサービスを終了する場合があります。

風邪、病気等の際はサービスの無理なご利用をお断りさせて頂く場合があります。

当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合、サービスを変更または中止する場合があります。

ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。

その場合ご家族に連絡のうえ、適切に対応します。

他のお客様の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスのご利用はお断りします。

#### 7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者（または介護予防支援事業者）等へ連絡をします。

主治医	主治医氏名	豊川クリニック（内科）
	連絡先	03-6693-0638
ご家族	氏名	橋本健一様
	連絡先	050-3693-5488
主治医への連絡基準		

## 8 事故発生時の対応方法

サービスの提供により事故が発生した場合は、ご利用者の居住する市町、ご利用者のご家族、ご利用者に係る居宅介護支援事業者（または介護予防支援事業者）等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。

当事業所は、介護保険法等の関係法令を遵守した人員配置を行っていますが、ご利用者1名に対して1名の介護職員を配置しているわけではありません。ご利用者単独行動での事故等の当事業所の職員に責がない事故等（事故の責任については、当社加入の保険会社が行います）については、次項にある損害賠償を含めて対応できない場合がありますのでご了承ください。

## 9 損害賠償

事業者は、サービス提供にともなって、事業者の責に帰すべき事由によりご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、ご利用者に対してその損害を賠償します。

ご利用者に対して損害を賠償する場合、ご利用者またはご利用者の家族に過失がある場合は、賠償額を減額することができます。

事故等によりご利用者の生命・身体に損害を及ぼした場合の「事業者の責」については、当社が加入している損害賠償保険会社の判断によります。ゆえに事故等によりご利用者の生命・身体に損害を及ぼした場合でも、損害賠償の判断は損害賠償保険会社の判断によります。

## 10 サービス内容に関する苦情

### ●当社お客様苦情相談窓口

苦情相談窓口担当	桑山 加菜子（くわやま かなこ）
受付日	月曜日～土曜日・祝日（ただし定休日を除く）
受付時間	午前8：30～午後5：30
連絡先	TEL：044-872-7035 FAX：044-872-7036

### ●その他

スミリンフィルケア株式会社 本社	所在地：東京都新宿区西新宿二丁目3番1号 新宿モノリス27階 電 話：03-5909-8750
川崎市高津区役所 高齢・障害課	所在地：神奈川県川崎市高津区下作延2-8-1 電 話：044-861-3255
神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護苦情係	所在地：神奈川県横浜市西区楠町27-1 電 話：045-329-3447

**【会社の概要】**

社 名：スマリソフィルケア株式会社

資本金：100百万円

設 立：平成16年5月

所在地：東京都新宿区西新宿二丁目3番1号 新宿モノリス27階

**【事業内容】**

有料老人ホームの運営

有料老人ホームの企画、設計、施工、経営

介護保険法による居宅サービス事業

**【事業者】**

本社所在地 東京都新宿区西新宿二丁目3番1号 新宿モノリス27階

事業所所在地 神奈川県川崎市高津区下作延5丁目13-6

名 称 スマリソフィルケア株式会社 デイフォレスト溝の口

代 表 者 代表取締役社長 福永 匡

私は重要事項について説明を受け、同意し、1部交付を受けました。

2025年 9月 8日

**【利 用 者】**

住 所 東京都大田区上池台1-43-14  
(イリーゼ溝の口) 神奈川県川崎市高津区溝口6-15-4

氏 名 印

**【利 用 者 家 族】**

住 所

氏 名 印

**【代 理 人】**

住 所

氏 名 印

説明者

デイフォレスト溝の口

氏 名 桑山 加菜子