

共用型認知症対応型通所介護・介護予防認知症対応型通所介護 事業重要事項説明書

<令和8年6月1日現在>

○ 管理者 氏 名 永原 真由美
連絡先 (Tel) 0267-56-1975 デイサービス (グループホーム) だんらん

1. デイサービスだんらんの概要

(1) 事業所の名称、所在地等

事業所名	デイサービスだんらん
所在地	北佐久郡立科町大字芦田3723番地
介護保険事業所番号	2092100060
通常の事業の実施地域※	立科町内

(2) 事業所の職員体制

	資格	専従	兼務	業務内容
管理者兼 生活相談員	介護支援専門員	名	1名	管理業務 生活相談業務
介護・看護職員	看護師	名	2名	看護業務
	准看護師	名	1名	〃
	介護福祉士	8名	2名	介護業務
	その他介護士	3名	1名	〃
	機能訓練指導員	名	3名	機能訓練

(3) 営業日、営業時間

営業日	毎日 但し 12月31日～1月3日を除く。
営業時間	通常は午前8時30分～午後5時30分まで (但し、時間外利用の場合早朝は午前7時30分～夜間は午後6時30分まで)

(4) 事業所の設備の概要

定 員	3名	相談室兼静養室	1室
食堂兼談話室 (機能訓練室)	91.17 m ²	送 迎 車	1台
浴 室	一般浴槽		

2. 認知症対応型通所介護事業・介護予防認知症対応型通所介護事業の内容

○サービス内容・・・「認知症対応型通所介護計画」・「介護予防認知症対応型通所介護計画」に沿って、送迎・食事の提供・入浴介護、機能訓練その他必要な介護等を行います。

- ① 送迎・・・身体状況に応じて、専用の送迎車で居宅まで送迎します。
- ② 食事・・・栄養、カロリーバランスの取れた食事を提供し、身体状況に応じて一般食からお粥・きざみ食に応じます。

- ③ 入浴・・・安心して入浴できるよう介助員を付けて一般浴槽での入浴となります。
- ④ 機能訓練・・・看護師が機能訓練の指導と機能回復訓練をします。
- ⑤ 生活相談など・・・生活相談員が、利用者・家族の必要な相談に応じます。

3. 利用料金

(1) 利用料金

【（介護予防）認知症対応型通所介護】

① 利用料

※所要時間3時間以上4時間未満の場合

区 分	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の月額自己負担額【1割負担の方】	介護保険適用時の月額自己負担額【2割負担の方】	介護保険適用時の月額自己負担額【3割負担の方】
要支援 1	2,480円	248円	496円	744円
要支援 2	2,620円	262円	524円	786円
要介護 1	2,670円	267円	534円	801円
要介護 2	2,770円	277円	554円	831円
要介護 3	2,860円	286円	572円	858円
要介護 4	2,950円	295円	590円	885円
要介護 5	3,050円	305円	610円	915円

※所要時間4時間以上5時間未満の場合

区 分	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の月額自己負担額【1割負担の方】	介護保険適用時の月額自己負担額【2割負担の方】	介護保険適用時の月額自己負担額【3割負担の方】
要支援 1	2,600円	260円	520円	780円
要支援 2	2,740円	274円	548円	822円
要介護 1	2,790円	279円	558円	837円
要介護 2	2,900円	290円	580円	870円
要介護 3	2,990円	299円	598円	897円
要介護 4	3,090円	309円	618円	927円
要介護 5	3,190円	319円	638円	957円

※所要時間5時間以上6時間未満の場合

区 分	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の月額自己負担額【1割負担の方】	介護保険適用時の月額自己負担額【2割負担の方】	介護保険適用時の月額自己負担額【3割負担の方】
要支援 1	4,130円	413円	826円	1,239円
要支援 2	4,360円	436円	872円	1,308円
要介護 1	4,450円	445円	890円	1,335円
要介護 2	4,600円	460円	920円	1,380円
要介護 3	4,770円	477円	954円	1,431円
要介護 4	4,930円	493円	986円	1,479円
要介護 5	5,100円	510円	1,020円	1,530円

※所要時間6時間以上7時間未満の場合

区 分	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の日額自己負担額【1割負担の方】	介護保険適用時の日額自己負担額【2割負担の方】	介護保険適用時の日額自己負担額【3割負担の方】
要支援 1	4, 240円	424円	848円	1, 272円
要支援 2	4, 470円	447円	894円	1, 341円
要介護 1	4, 570円	457円	914円	1, 371円
要介護 2	4, 720円	472円	944円	1, 416円
要介護 3	4, 890円	489円	978円	1, 467円
要介護 4	5, 060円	506円	1, 012円	1, 518円
要介護 5	5, 220円	522円	1, 044円	1, 566円

※所要時間7時間以上8時間未満の場合

区 分	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の日額自己負担額【1割負担の方】	介護保険適用時の日額自己負担額【2割負担の方】	介護保険適用時の日額自己負担額【3割負担の方】
要支援 1	4, 840円	484円	968円	1, 452円
要支援 2	5, 130円	513円	1, 026円	1, 539円
要介護 1	5, 230円	523円	1, 046円	1, 569円
要介護 2	5, 420円	542円	1, 084円	1, 626円
要介護 3	5, 600円	560円	1, 120円	1, 680円
要介護 4	5, 780円	578円	1, 156円	1, 734円
要介護 5	5, 980円	598円	1, 196円	1, 794円

※所要時間8時間以上9時間未満の場合

区 分	1日当たりの利用料金	介護保険適用時の日額自己負担額【1割負担の方】	介護保険適用時の日額自己負担額【2割負担の方】	介護保険適用時の日額自己負担額【3割負担の方】
要支援 1	5, 000円	500円	1, 000円	1, 500円
要支援 2	5, 290円	529円	1, 058円	1, 587円
要介護 1	5, 400円	540円	1, 080円	1, 620円
要介護 2	5, 590円	559円	1, 118円	1, 677円
要介護 3	5, 780円	578円	1, 156円	1, 734円
要介護 4	5, 970円	597円	1, 194円	1, 791円
要介護 5	6, 180円	618円	1, 236円	1, 854円

① 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ 1月の（介護予防）通所介護報酬に対し23.6%が加算されます。

② 生活機能向上連携加算

区 分	1月当たりの加算料金	介護保険適用時の日額自己負担額【1割負担の方】	介護保険適用時の日額自己負担額【2割負担の方】	介護保険適用時の日額自己負担額【3割負担の方】
要支援・ 要介護とも	2, 000円	200円	400円	600円

③ 入浴介助加算（Ⅰ）介護浴一回当たり

要支援・ 要介護とも	400円	40円	80円	120円
---------------	------	-----	-----	------

④ 入浴介助加算（Ⅱ）介護浴一回当たり

区 分	1日当たりの加算料金	介護保険適用時の日額自己負担額【1割負担の方】	介護保険適用時の日額自己負担額【2割負担の方】	介護保険適用時の日額自己負担額【3割負担の方】
要支援・要介護とも	550円	55円	110円	165円

⑤ 時間延長代 1時間当たり

区 分	1時間当たりの加算料金	介護保険適用時の日額自己負担額【1割負担の方】	介護保険適用時の日額自己負担額【2割負担の方】	介護保険適用時の日額自己負担額【3割負担の方】
要支援・要介護とも	500円	50円	100円	150円

(2) 食事代(おやつ代含む) 1食当たり668円・ ・全額自己負担

(3) 日常生活費、レクリエーションや趣味活動、昼食の特別メニュー（希望に応じての朝、夕食代）等のその他のサービス費用については、実費負担となります。

(4) 嗜好飲料費相当額 1日100円

(5) 排せつ用品処分料相当額 紙おむつ1日20円、紙パンツ・パット1日10円

※介護保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は一旦1日当たりの利用料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を後日、住所地の市町村介護保険担当窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

(6) 交通費

通常の実施地域外でサービスを提供した場合には、交通費として1km当たり60円のご負担を頂きます。

(7) 料金のお支払い方法

利用料のお支払いは口座からの自動振替（JA佐久浅間、長野県信用組合、郵貯銀行）をお願いしています。毎月15日すぎに前月分の請求書を発行し、25日（土日祝日の場合は金融機関の翌営業日）に指定口座より振替させていただきます。

4. 当事業所のデイサービスの特徴等

(1) 運営の方針

利用者が住み慣れた自宅で安心して、その人らしい生活が継続できるよう個別性を尊重し、家族の身体的・精神的な負担の軽減に努めるとともに、少人数で家庭的な雰囲気の中で自立支援に向けたケアを笑顔であたたかく支援します。

(2) サービス利用のために

事 項	有無	
延長の可否	○	午前7時30分～8時30分 午後5時30分～6時30分 上記の間、受け賜ります。
従事者への研修の実施		年1回以上 資質向上の為の研修会を実施

(3) 「福祉サービス第三者評価」は実施していません。

(3) サービス利用に当たっての留意事項

- ・送迎時間の連絡・・・・・・送迎時間等変更される場合は、利用日当日午前8時までにご連絡下さい。
- ・体調不良によるサービスの中止、変更・・・・体調不良等により、サービス内容を変更される場合は、利用日当日午前8時までにご連絡下さい。

5. 緊急時の対応方法

○健康上の理由による中止

- ① 本人或いは同居家族が感染症（新型コロナ・インフルエンザ・ノロウイルス等）の場合はサービスの提供をお断りすることがあります。
- ② 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、利用中に体調が悪くなった場合は、サービス内容の変更

又は中止することがあります。この場合、あらかじめ届けられた連絡先に可能な限り速やかに連絡するとともに、医師等に連絡を取る等必要な対応をします。

『緊急連絡先』

氏 名		続柄	
住 所			
電 話 番 号			

『主治医』

病院または診療所名	
医 師 名	
電 話 番 号	

※サービスを中止した場合、同月内であればご希望の日に振り替えることができます。ただし、定員数分の予約が入っている日には振り替えできませんのでご了承ください。

6. 非常災害対策

- ・防災時の対応は防災計画に基づき行います。
- ・防火管理者を選任しています。
- ・防災設備は基準に適合しています。
- ・防災訓練は年2回実施しております。
- ・防火責任者は管理者です。

7. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 事業所の相談・苦情

① ご利用者相談・苦情担当

電 話 0 2 6 7 - 5 6 - 1 9 7 5

(受付時間；営業日 午前9時～午後5時まで)

苦情受付担当者

氏 名 上 原 隆 幸

苦情解決責任者（管理者・生活相談員）

氏 名 永 原 真由美

(2) 当事業所 第三者委員会

(3) その他苦情受付窓口

① 長野県国民健康保険団体連合会 電話 0 2 6 - 2 3 8 - 1 5 8 0

② 各市町村介護保険担当窓口

当事業者以外に、あなたの住所地の市町村の介護保険担当課等に苦情を伝えることができます。

8. その他

介護報酬単価の改訂や消費税率の変更に伴う利用料の変更があった場合については、その変更額については書面で通知することとし、改めて重要事項説明書による署名捺印は行わないものとする。

9. 当事業者の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 ハートフルケアたてしな
代表者役職・氏名	理事長 土屋 春江
本社所在地	北佐久郡立科町大字芦田 7 2 0 - 1
電話番号	0 2 6 7 - 5 6 - 1 9 5 5
実施事業	1. 居宅介護支援事業

2. 指定介護老人福祉施設
3. 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護
4. 通所介護及び第一号通所事業
5. 訪問介護及び第一号訪問事業
6. 認知症対応型共同生活介護・共用型認知症対応型通所介護事業
7. 市町村からの受託介護サービス事業他

事業所数	居宅介護支援事業（たてしな）	1ヶ所
	指定介護老人福祉施設（すずらん）	1ヶ所
	短期入所生活介護（すずらん）	1ヶ所
	通所介護（デイサービスセンター やすらぎ・ほほえみ）	2ヶ所
	訪問介護（ヘルパーステーションたてしな）	1ヶ所
	認知症対応型共同生活介護・認知症対応型通所介護 （グループホーム・デイサービス だんらん）	1ヶ所

令和 年 月 日

（介護予防）認知症対応型通所介護事業の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基
づいて、重要事項を説明しました。

事業者

所在地 北佐久郡立科町大字芦田3723番地
名 称 社会福祉法人ハートフルケアたてしな
デイサービス だんらん
管 理 者 永原 真由美 印

説明者 所 属 デイサービス だんらん
氏 名 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から（介護予防）認知症対応型通所介護事業について重要事項
の説明を受けました。

利用者

住 所

氏 名 印

（代理人）

住 所

氏 名 印