

# 通所介護・第一号通所事業 重要事項説明書

<令和08年06月01日現在>

○ 管理者 所長 内堀 洋志

連絡先 (Tel) 0267-56-2622 デイサービスセンター やすらぎ  
(Tel) 0267-56-1955 社会福祉法人 ハートフルケアたてしな

## 1. デイサービスセンターやすらぎの概要

### (1) 事業所の名称、所在地等

|             |                     |
|-------------|---------------------|
| 事業所名        | デイサービスセンターやすらぎ      |
| 所在地         | 北佐久郡立科町大字芦田3724番地5  |
| 介護保険事業所番号   | (通所介護事業) 2072100775 |
| 通常の事業の実施地域※ | 立科町・佐久市・東御市・上田市・長和町 |

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

### (2) 事業所の職員体制

|                  | 資格            | 専従 | 兼務 | 事務内容          |
|------------------|---------------|----|----|---------------|
| 管理者              | 健康運動指導士       | 1名 | 0名 | 管理業務          |
| 生活相談員            | 介護支援専門員       | 0名 | 0名 | 生活相談業務        |
|                  | 介護福祉士         | 2名 | 1名 |               |
| 看護職員・<br>機能訓練指導員 | 看護師           | 2名 | 2名 | 看護業務・機能訓練指導業務 |
| 機能訓練指導員          | 理学療法士         | 1名 | 1名 | 機能訓練指導業務      |
| 介護職員             | 介護福祉士         | 3名 | 5名 | 介護業務          |
|                  | ヘルパー2級<br>その他 | 3名 | 0名 |               |
| 栄養職員             | 管理栄養士         | 0名 | 1名 | 栄養改善指導業務      |

### (3) 営業日、営業時間

|          |                                        |
|----------|----------------------------------------|
| 営業日      | 月～土曜日 但し 12月31日～1月3日を除く。               |
| 営業時間     | 午前8時30分～午後5時30分まで                      |
| サービス提供時間 | 午前9時00分～午後4時00分まで                      |
| 延長時間     | 午前7時30分～午前9時00分まで<br>午後5時00分～午後7時00分まで |

### (4) 事業所の設備の概要

|          |                         |     |       |
|----------|-------------------------|-----|-------|
| 定員       | 通所介護事業50名<br>第一号通所事業10名 | 静養室 | 1室 4床 |
| 食堂兼機能訓練室 | 1室 271.43㎡              | 相談室 | 1室    |
| 浴室       | 一般・ライナー・特殊浴槽            | 送迎車 | 6台    |

## 2. 通所介護・第一号通所事業の内容

○サービス内容～「通所介護計画」・「通所型サービス介護計画」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、特殊送迎車等で居宅まで送迎します。
- ② 食事 — 管理栄養士により栄養、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ミキサー・お粥・きざみ食に応じます。
- ③ 入浴 — 身体状況に応じて安心して入浴できるよう一般浴・ライナー浴・特殊浴に応じます。
- ④ 機能訓練 — 専門の機能訓練士の指導とレクリエーション等により、機能回復訓練に応じます。
- ⑤ 生活相談などー生活相談員が、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

#### 【通所介護】～日額

##### 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<br>利用料金 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【1割負担<br>の方】 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【2割負担<br>の方】 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【3割負担<br>の方】 |
|-------|----------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 要介護 1 | 3,700円         | 370円                            | 740円                            | 1,110円                          |
| 要介護 2 | 4,230円         | 423円                            | 846円                            | 1,269円                          |
| 要介護 3 | 4,790円         | 479円                            | 958円                            | 1,437円                          |
| 要介護 4 | 5,330円         | 533円                            | 1,066円                          | 1,599円                          |
| 要介護 5 | 5,880円         | 588円                            | 1,176円                          | 1,764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<br>利用料金 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【1割負担<br>の方】 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【2割負担<br>の方】 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【3割負担<br>の方】 |
|-------|----------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 要介護 1 | 3,880円         | 388円                            | 776円                            | 1,164円                          |
| 要介護 2 | 4,440円         | 444円                            | 888円                            | 1,332円                          |
| 要介護 3 | 5,020円         | 502円                            | 1,004円                          | 1,506円                          |
| 要介護 4 | 5,600円         | 560円                            | 1,120円                          | 1,680円                          |
| 要介護 5 | 6,170円         | 617円                            | 1,234円                          | 1,851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<br>利用料金 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【1割負担<br>の方】 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【2割負<br>担の方】 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【3割負担<br>の方】 |
|-------|----------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 要介護 1 | 5,700円         | 570円                            | 1,140円                          | 1,710円                          |
| 要介護 2 | 6,730円         | 673円                            | 1,346円                          | 2,019円                          |
| 要介護 3 | 7,770円         | 777円                            | 1,554円                          | 2,331円                          |
| 要介護 4 | 8,880円         | 880円                            | 1,760円                          | 2,640円                          |
| 要介護 5 | 9,840円         | 984円                            | 1,968円                          | 2,952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<br>利用料金 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【1割負担<br>の方】 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【2割負<br>担の方】 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【3割負担<br>の方】 |
|-------|----------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 要介護 1 | 5, 8 4 0円      | 5 8 4円                          | 1, 1 6 8円                       | 1, 7 5 2円                       |
| 要介護 2 | 6, 8 9 0円      | 6 8 9円                          | 1, 3 7 8円                       | 2, 0 6 7円                       |
| 要介護 3 | 7, 9 6 0円      | 7 9 6円                          | 1, 5 9 2円                       | 2, 3 8 8円                       |
| 要介護 4 | 9, 0 1 0円      | 9 0 1円                          | 1, 8 0 2円                       | 2, 7 0 3円                       |
| 要介護 5 | 1 0, 0 8 0円    | 1, 0 0 8円                       | 2, 0 1 6円                       | 3, 0 2 4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<br>利用料金 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【1割負担<br>の方】 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【2割負担<br>の方】 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【3割負担<br>の方】 |
|-------|----------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 要介護 1 | 6, 5 8 0円      | 6 5 8円                          | 1, 3 1 6円                       | 1, 9 7 4円                       |
| 要介護 2 | 7, 7 7 0円      | 7 7 7円                          | 1, 5 5 4円                       | 2, 3 3 1円                       |
| 要介護 3 | 9, 0 0 0円      | 9 0 0円                          | 1, 8 0 0円                       | 2, 7 0 0円                       |
| 要介護 4 | 1 0, 2 3 0円    | 1, 0 2 3円                       | 2, 0 4 6円                       | 3, 0 6 9円                       |
| 要介護 5 | 1 1, 4 8 0円    | 1, 1 4 8円                       | 2, 2 9 6円                       | 3, 4 4 4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<br>利用料金 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【1割負担<br>の方】 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【2割負担<br>の方】 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【3割負担<br>の方】 |
|-------|----------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 要介護 1 | 6, 6 9 0円      | 6 6 9円                          | 1, 3 3 8円                       | 2, 0 0 7円                       |
| 要介護 2 | 7, 9 1 0円      | 7 9 1円                          | 1, 5 8 2円                       | 2, 3 7 3円                       |
| 要介護 3 | 9, 1 5 0円      | 9 1 5円                          | 1, 8 3 0円                       | 2, 7 4 5円                       |
| 要介護 4 | 1 0, 4 1 0円    | 1, 0 4 1円                       | 2, 0 8 2円                       | 3, 1 2 3円                       |
| 要介護 5 | 1 1, 6 8 0円    | 1, 1 6 8円                       | 2, 3 3 6円                       | 3, 5 0 4円                       |

サービス提供体制強化加算

| 区 分    | 1日当たりの<br>加算料金 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【1割負担<br>の方】 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【2割負担<br>の方】 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【3割負担<br>の方】 |
|--------|----------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 加算 (Ⅱ) | 1 8 0円         | 1 8円                            | 3 6円                            | 5 4円                            |

中重度者ケア体制加算

| 区 分    | 1日当たりの<br>加算料金 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【1割負担<br>の方】 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【2割負担<br>の方】 | 介護保険適用時の日額自<br>己負担額【3割負担<br>の方】 |
|--------|----------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| 要介護1～5 | 4 5 0円         | 4 5円                            | 9 0円                            | 1 3 5円                          |

#### 個別機能訓練加算

| 区 分   | 1日当たりの<br>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】 |
|-------|----------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 加算1-イ | 560円           | 56円                     | 112円                    | 168円                    |
| 加算1-ロ | 850円           | 85円                     | 170円                    | 255円                    |
| 加算(Ⅱ) | 200円<br>(1ヶ月)  | 20円                     | 40円                     | 60円                     |

#### 入浴介助加算

| 区 分   | 1日当たりの<br>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】 |
|-------|----------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 加算(Ⅰ) | 400円           | 40円                     | 80円                     | 120円                    |
| 加算(Ⅱ) | 550円           | 55円                     | 110円                    | 165円                    |

#### ADL等維持加算

| 区 分   | 1月当たりの<br>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】 |
|-------|----------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 加算(Ⅰ) | 300円           | 30円                     | 60円                     | 90円                     |
| 加算(Ⅱ) | 600円           | 60円                     | 120円                    | 180円                    |
| 加算(Ⅲ) | 30円            | 3円                      | 6円                      | 9円                      |

#### 口腔機能向上加算

| 区 分   | 1回当たりの<br>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】 |
|-------|----------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 加算(Ⅰ) | 1,500円         | 150円                    | 300円                    | 450円                    |
| 加算(Ⅱ) | 1,600円         | 160円                    | 320円                    | 480円                    |

#### 栄養改善加算

| 区 分    | 1回当たりの<br>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】 |
|--------|----------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 要介護1～5 | 2,000円         | 200円                    | 400円                    | 600円                    |

○介護職員処遇改善加算(Ⅰ) ロ・・・1日の通所介護報酬に対し12.0%が加算されます。

○時間延長代～1時間当たり、介護保険適用時の自己負担額50円

【総合事業通所型サービス】～月額

1. 通所型独自サービス

① 利用料

| 区 分        | 1月当たりの利用料金 | 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】 |
|------------|------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 通所型独自サービスⅠ | 17,980円    | 1,798円                  | 3,596円                  | 5,349円                  |
| 通所型独自サービスⅡ | 36,210円    | 3,621円                  | 7,242円                  | 10,863円                 |

② サービス提供体制強化加算Ⅱ・・・（1ヶ月当たりの自己負担額）

| 区 分        | 1月当たりの利用料金 | 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】 |
|------------|------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 通所型独自サービスⅠ | 720円       | 72円                     | 144円                    | 216円                    |
| 通所型独自サービスⅡ | 1440円      | 144円                    | 288円                    | 432円                    |

③ 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）ロ・・・1ヶ月の介護予防通所介護報酬に対し12.0%が加算されます。

④ 栄養改善加算・・・1ヶ月2回を限度

| 区 分       | 1日当たりの加算料金 | 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】 |
|-----------|------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 通所型独自サービス | 2,000円     | 200円                    | 400円                    | 600円                    |

2. 通所型サービスA～月額

① 利用料

| 区 分     | 1月当たりの利用料金 | 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】 |
|---------|------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 週1回半日利用 | 11,200円    | 1,120円                  | 2,240円                  | 3,360円                  |
| 週1回1日利用 | 12,400円    | 1,240円                  | 2,480円                  | 3,720円                  |
| 週2回半日利用 | 22,400円    | 2,240円                  | 4,480円                  | 6,720円                  |
| 週2回1日利用 | 24,800円    | 2,480円                  | 4,960円                  | 7,440円                  |

② 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）ロ・・・1ヶ月の介護予防通所介護報酬に対し12.0%が加算されます。

3. 通所型サービスC

① 利用料

| 区 分            | 1日当たりの加算料金 | 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】 |
|----------------|------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 週1回<br>概ね2時間利用 | 4,000円     | 400円                    | 800円                    | 1,200円                  |

- (2) 昼食代（おやつ代含む）一回当たり 800 円（全額自己負担）
- (3) その他日常生活費として、レクリエーションや趣味活動・教養娯楽の教材費として、又、嗜好飲料代として実費相当額（1 日 200 円）徴収させていただきます。
- (4) （排せつ）用品処分料相当額として、テープ式おむつ使用の場合 1 日 20 円、リハビリパンツ・パット使用の場合 1 日 10 円を徴収させていただきます。
- ＊ 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に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。
- (5) 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 1 km 当たり 60 円のご負担を頂きます。
- (6) 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センターの特徴等

##### (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、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～9 時 00 分<br>午後 5 時 00 分～7 時 00 分<br>上記の間、受け賜ります。 |
| 従事者への研修の実施 |    | 月 1 回以上 資質向上の為の研修会を実施                                        |

##### (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。

##### (4) 「福祉サービス第三者評価」は、実施していません。

#### 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（コロナウイルス・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 - 2 6 2 2

(受付時間；営業日 午前8時30分～午後5時30分まで)

苦情受付担当者 生活相談員 氏 名 丸 山 紗 貴

苦情解決責任者 管理者(所長) 氏 名 内 堀 洋 志

#### 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

介護報酬単価の改定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、新たな料金に基づく「重要事項説明書」を作成し、お互いに取り交わすものとします。但し、政令・省令で定める介護報酬単位の改定及び介護認定区分の変更、消費税率の改定に伴う利用料の変更については、書面で通知することとします。

## 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720-1                                                                                                                          |
| 電話番号     | 0267-56-1955                                                                                                                              |
| 実施事業     | 1. 居宅介護支援事業<br>2. 指定介護老人福祉施設<br>3. 短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護<br>4. 通所介護・第一号通所事業<br>5. 訪問介護・第一号訪問事業<br>6. 認知症対応型共同生活介護<br>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（たてしな）                 | 1ヶ所 |
|      | 認知症対応型共同生活介護（グループホーム だんらん） | 1ヶ所 |
|      | 有料老人ホーム（徳花苑）               | 1ヶ所 |

令和 年 月 日

通所介護・第一号通所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720番地1                  |
| 名 称 | 社会福祉法人ハートフルケアたてしな<br>理 事 長 土 屋 春 江 |

デイサービスセンター やすらぎ  
所 長 内 堀 洋 志

|     |                    |   |
|-----|--------------------|---|
| 説明者 | 所 属 デイサービスセンターやすらぎ | 印 |
|     | 氏 名                |   |

私は、契約書及び本書面により、事業者から通所介護・第一号通所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 |