通所介護又は通所介護相当サービス重要事項説明書　　＜令和８年10月１日現在＞

１　法人の概要

名称・法人種別	（有）ほほ笑み介護支援センター
代表者名	橋爪延幸
所在地・連絡先	（住所）長野県上田市福田５０－３（電話）０２６８－２７－２２１７

２　事業所の概要

（１）事業所名称及び事業所番号（通所介護事業と通所介護相当サービス事業は併設）

事業所名	フィットネスライフ南長野
所在地・連絡先	（住所）長野市篠ノ井杵淵字碇１６２３番地 （電話）０２６－２１４－９９２０
事業所番号	通所介護、通所介護相当サービス（２０７０１０７０１２）
管理者の氏名	熊谷　綾子
利用定員	２２名

（２）事業所の職員体制（通所介護事業職員と通所介護相当サービス事業職員は併用）

従業者の職種	人数（人）	区分		常勤換算後の人数（人）
		常勤(人)	非常勤(人)	
管理者	1	1	0	1
生活相談員	2	2	0	2
介護職員	3	0	3	3
看護職員	4	0	4	1
機能訓練指導員	4	1	3	2

（３）職員の勤務体制

介護保険に係る法令等を遵守した勤務体制を構築しております。

従業者の職種	勤務体制
管理者	勤務時間帯（8：30～17：30）
生活相談員	勤務時間帯（8：30～17：30）（管理者と兼務）
看護職員	勤務時間帯（8：30～17：30）機能訓練指導員兼務
機能訓練指導員	勤務時間帯（8：30～17：30）１名　１名看護職員兼務
介護職員	勤務時間帯（8：30～17：30）　２名以上

（４）事業の実施地域

事業の実施地域	長野市（篠ノ井、川中島、更北、松代） 千曲市（埴生、屋代、雨宮、倉科、森）

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

（５）営業日

営業形態	半日型デイサービス
営業日	月曜から金曜の午前の部８：４０～１１：５０午後の部１３：００～１６：１０
定休日	土曜日、日曜日、年末年始(概ね１２/３０~１/３各別に通知する)

３　サービスの内容及び費用

（１）介護保険給付対象サービス

ア　サービス内容（別紙パンフレット参照）

① 送迎に関する説明及び同意書（別紙）

② 介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金のうち利用者の負担割合に応じた額となります。

【料金表】通所介護費　○所要時間３時間以上４時間未満の場合（１回につき）

	介護度		1	2	3	4	5
①	単　位		３７０	４２３	４７９	５３３	５８８
②	個別機能 訓練加算Ⅰロ（Ⅰイ）	※１	７６（５６）	７６（５６）	７６（５６）	７６（５６）	７６（５６）
③	個別機能 訓練加算Ⅱ（１月）	※２	２０	２０	２０	２０	２０
④	サービス体制 強化加算	※３	２２	２２	２２	２２	２２
⑤	科学的介護推進 体制加算（１月）	※４	４０	４０	４０	４０	４０
⑥	介護職員等 処遇改善加算	※５（①+②+③+④+⑤）×12 %	６３	７０	７６	８３	９０
料金	１割負担	（①+②+③+④+⑤+⑥）×10.14÷10	５９９	６６０	７２３	７８５	８４８
	２割負担	（①+②+③+④+⑤+⑥）×10.14÷10×2	１，１９９	１，３２０	１，４４６	１，５７０	１，６９５
	３割負担	（①+②+③+④+⑤+⑥）×10.14÷10×3	１，７９８	１，９８０	２，１６９	２，３５５	２，５４３

・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。

※１　当該加算を算定するために必要な機能訓練指導員が必ずおります。機能訓練指導員の配置状況で日により 56 単位か 76 単位のどちらかになりますので予めご了承ください。

※２　当該加算を算定するために必要な機能訓練指導員が必ずおります。

※３　介護職員のうち介護福祉士を７０％以上配置しております。

※４　ＬＩＦＥシステムと提携し提供するサービスの質の向上をさせていきます。

※５　通所介護処遇改善加算（×１２％）

※８　長野市地域加算（×10.14）

｛料金表｝　通所介相当サービス費（１か月につき）※５

			要支援１ ・事業対象者※６	要支援２･事業対象者※７
①	基本報酬		１７９８	３６２１
②	体制強化加算Ⅰ※３		８８	１７６
③	科学的介護推進体制加算※８		４０	４０
④	介護職員等処遇加算(①＋②＋③)×12%　※４		２３１	４６０
⑤				
⑥				
料金	１割	(①+②+③+④)×10.14÷10	２１８７	４３５７
	２割	(①+②+③+④)×10.14÷10×２	４３７４	８７１４
	３割	(①+②+③+④)×10.14÷10×３	６５６２	１３０７１

・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。

※３　介護職員中、介護福祉士の割合が 70%以上いる事で質の高い施設として加算されます。

※４　介護職員の研修、健診、待遇改善等の費用として加算されます。

※５　1 か月のご利用が 1 回だけでも、1 か月分の料金を請求いたします。

※６　ご利用は週に 1 回となります。

※７　ご利用は週に 2 回となります。

※８　LIFE システムと連携し、ご利用者様に提供するサービスの質を常に向上させていきます

（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、各自持参して頂くか、おむつ代の実費が必要となります。

○　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送迎費１ｋｍ当たり５０円を積算した額の実費が必要となります。

○　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、利用者に負担していただくことが適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

４　ご利用料等のお支払方法

毎月、１５日までに前月分の請求をいたします。利用者のご都合により、金融機関の口座落し（予定日は２２日で休日の場合は翌営業日）によるお支払いとさせていただきます。

５　サービス提供の記録

サービス提供の記録はトレーニング表とケース記録を用いて行い、サービスを提供した日より５年間保管します。また、保存されるサービス提供記録の閲覧および複写物の交付を請求できます。

６　お休みの場合の対応（振替利用）

お休みされる場合には必ず事業者に事前にご連絡ください。なお、当日お休みされる場合、午前利用の方は**午前 7 時 30 分～８時頃まで、午後利用の方は午前 11 時まで**にご連絡ください。また利用者の都合によりご連絡なくお休みの場合には、介護給付基準額の５０%のキャンセル料を頂きます。ただし、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。
またお休みをされた場合には必ず振替利用をお願いいたします。

７　健康上の理由による中止

○　風邪、病気の際はサービスの提供をお断りすることがあります。

○　当日の健康チェックで体調が悪い場合、サービスの提供を中止し静養室で安静にしていただく場合があります。尚、肺炎等重篤な疾病が疑われる場合は、ご家族にご連絡の上、適切に対処します。又、ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスの提供を中止し静養室で安静にしていただく場合があります。その場合ご家族にご連絡の上、適切に対処します。また必要に応じて速やかに主治医に連絡をとるなど必要な処置を講じます。

８　緊急時等における対応方法　　※非常に重要な事項ですので必ずご記入ください。

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに緊急時連絡先（ご家族等）へ連絡をします。なお必要に応じて利用者の主治医や救急車、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します。

●主治医への連絡（希望する・しない）●救急車への連絡（希望する・しない）

９　事故発生時における対応方法　※非常に重要な事項ですので必ずご記入ください。

サービス提供中に事故が発生した場合は速やかに緊急連絡先や担当の居宅介護支援事業者等へ連絡します。また、事故内容の必要に応じては長野市等に連絡を行うと共に賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償等、必要な措置を速やかに講じます。

緊急連絡先	氏　　名	電話番号
ご家族様ご連絡先①		
ご家族様ご連絡先②		

１０　サービス利用に当たっての留意事項

◎　**ご利用待機者が、多いので、療養等で３０日以上ご利用がない場合は、一旦中止扱いとなるか相談させて頂きます。再利用の際には優先しますが、暫くお待ち頂く場合もありますので、ご了承願います。**

○　サービス利用の際、介護保険被保険者証と介護保険負担割合証が必要となります。

○　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。
これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

○　決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。

○　他の利用者への迷惑になる行為はご遠慮ください。

○　所持金品は、自己の責任で管理してください。

○　施設内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

○　施設内での他の利用者や職員への商品等の販売目的での照会、案内は禁止です。

○　職員等への金品等のお心づけ、施設内への飲食物の持ち込み及び利用者同士の物の交換は禁止です。

○　安全運転のため、送迎車に乗る際は交通規則に従って頂きますようお願いします。

１１　消火設備その他の非常災害に際しての対応　　災害対策担当者：(防火管理者）熊谷　綾子

建築基準法に定められた非難誘導灯及び消火器等設置し適切に管理し定期的に避難、救出訓練等必要な訓練を実施（年２回、３月・９月）します。非常災害時の関係機関への通報及び連携体制

を整備し、非常災害に関する具体的計画を立て定期的に従業者に周知します。

１２　虐待の防止についての対応

利用者等の人権の擁護・虐待防止等の為、苦情解決対策を整備し必要に応じ成年後見制度の利用等の措置を講じます。従業者に虐待防止を啓発・普及する為の研修を定期的に実施し周知します。

１３　身体拘束についての対応

原則として利用者に対し身体拘束を行いません。但し利用者の生命や身体に対し危険が及ぶ等（１）緊急性（２）非代替性（３）一時性　等の例外事象が発生する場合においては利用者家族等に説明同意を得た上で必要最小限の範囲内で行う場合があります。その際、記録は事象発生時より
５年間保管します。従業者は身体拘束排除に積極的に取り組み研修を定期的に実施し周知します。

１４　感染症・衛生管理についての対応

食中毒及び感染症の発生を防止する為、食器やその他設備や飲用に供する水について衛生的な管理に努め、感染症が発生し蔓延しない為の措置等について、必要に応じて保健所の助言・指導を求めると共に常に密接な連携に努めます。

１５　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（　有り　・　無し　）

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	

１６　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、苦情窓口　　：電話　０２６-２１４-９９２０　担当：熊谷　綾子
長野市介護保険課苦情相談窓口　　：電話　０２６-２２４-７８７１
長野県国保連合会介護保険相談窓口　：電話　０２６-２３８-１５８０
長野県社会福祉協議会相談窓口　　：電話　０２６-２２５-１２３４

＊苦情や意見等を述べても不利益な扱いを受けることはありません。万が一不利益を受けた場合は、事業所として責任ある対応をとりますので、責任者にその旨を申し出てください。

１７　カスタマーハラスメントに対するサービス提供の中断および免責

(1) 利用者またはその家族等（以下「利用者等」という）が、当事業所の職員に対し、以下の各号に掲げるカスタマーハラスメント行為を行った場合、当事業所は職員の安全確保および円滑な業務運営のため、直ちに当日のサービス提供を一時中断または中止することができます。
①身体的な暴力（殴る、蹴る、つねる、物を投げつける等）
②精神的な暴力、威嚇（大声を出す、怒鳴る、侮辱、人格を否定する言動、土下座の強要等）
③セクシャルハラスメント（不適切な身体接触、卑猥な発言、執拗な私的交際の要求等）
④制度上・契約上認められていない過剰なサービス、不当な要求の強要
⑤著しい長時間の拘束（電話の長時間の居座り、面談での執拗な詰問等）

(2) 前項の規定に基づきサービス提供を中断または中止した場合、当事業所は当該サービスに係る利用料金について、当初予定されたサービスが提供されたものとみなして利用者等に対して請求することができるものとします。

(3) 第 1 項に基づくサービスの中断または中止によって、利用者等に損害、不利益が生じた場合であっても、当事業所はその損害について賠償する責任を一切負わないものとします（免責）。

指定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及び本面に基づいて重要事項を説明しました。なお、利用者及び家族の個人情報等の秘守義務を守り、資料を適正に管理することを約します。上記の事項を証する為、記名押印します。

令和　　年　　月　　日

事業者　所在地　長野市篠ノ井杵淵字碇１６２３番地
名称　　フィットネスライフ南長野　　印

説明者　　印

私及び家族は契約書及び本書面により、事業者から指定通所介護事業についての重要事項の説明をうけました。なお私及び家族の情報を当事業所の指定通所介護事業の資料に提供することに同意します。上記の事項を証する為、記名押印します。

利用者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

代理人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

家族代表　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印