

# 通所介護重要事項説明書

## <令和7年10月1日現在>

### 1 通所介護事業所 ハートヴィレッチが提供するサービスに関する相談窓口

(直通)0476-47-2267(月曜日～土曜日の9時00分～5時30分まで)

担当者 生活相談員 谷口 洋一 ※ご不明な点は、何でもお尋ね下さい。

### 2 通所介護事業所 ハートヴィレッチの概要

#### (1) 提供できるサービスの種類と地域

名 称	通所介護事業所 ハートヴィレッチ
所 在 地	千葉県印西市武西1269番1
介護保険指定番号	千葉県第1273600328号
サ ー ビ ス の 種 類	通所介護(デイサービス)
サ ー ビ ス の 提 供 地 域	印西市・八千代市・白井市・佐倉市・成田市・船橋市・栄町

#### (2) 通所介護事業所 ハートヴィレッチの職員体制

	資 格	常 勤	非 常 勤	計
管 理 者	施 設 長 資 格	1名(兼務)		1名
栄 養 士	管 理 栄 養 士	1名(兼務)		1名
生 活 相 談 員	社 会 福 祉 主 事	2名(兼務)		2名
看 護 職 員	看護師・准看護師		2名(兼務)	2名
機能訓練指導員	看護師・准看護師		2名(兼務)	2名
介 護 職 員	介 護 福 祉 士	4名(兼務)		4名
	ホームヘルパー2級他		2名	2名
介 助 員	ド ラ イ バ ー	3名(兼務)		3名

#### (3) 通所介護事業所 ハートヴィレッチの設備の内容

定 員	25名	静 養 室	1室 1床
食堂兼機能訓練室	1室	相 談 室	1室
浴 室	一般浴・機械浴	送 迎 車	7台

#### (4) ご利用可能日および時間

月 火 水 木 金 土 曜 日	9:30～15:00 9:30～16:45
日曜日・12月31日から1月3日	定休日

### 3 サービスの内容

ご提供するサービスは、ご利用者に応じた通所介護計画を作成し、ご利用者及びご家族等に説明し同意して頂いた上で、ご利用頂きます。

#### (1) 送迎サービス（基本料金に含む）

- ・ご利用者のご自宅まで、巡回式で送迎致します。
- ・ご利用者は、お迎えの時間までに身支度を整えて、玄関先でお待ち頂きます。
- ・送迎サービスをご利用される方のセンターご利用時間は、  
午前9時30分から午後4時45分 または 午前9時30分から午後3時まで  
になりますので、予めご了承下さい。
- ・自己送迎は、事前連絡の後、午前9時30分～午後4時45分までの範囲でご利用できます。その場合、片道或いは往復を控除致します。
- ・台風や雪等の天候不良時や非常災害時など、安全に送迎を行なう事ができないと予測され、営業について変更がある場合は、事業所から事前に連絡を致します。
- ・お迎えとお送りの時間は、交通事情等によりお約束の時間から多少前後する事があります。特にお迎えの際は、早めに身支度を整えておいて頂けますよう、ご協力をお願い致します。

#### (2) 栄養改善加算（別料金）

- ・低栄養状態にある又はその恐れのあるご利用者に対し、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算致します。

#### (3) 口腔機能向上加算Ⅰ・Ⅱ（別料金）

- ・（Ⅰ）は、口腔機能の低下している又はその恐れのあるご利用者に対し、看護師等が口腔機能改善の為に計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価と計画の見直し等の一連のプロセスを実施した場合に加算致します。
- ・（Ⅱ）は、（Ⅰ）に加え、管理指導計画等をLIFEに提出し、情報を活用する場合に加算致します。加算（Ⅰ）・（Ⅱ）の同時算定は不可となります。

#### (4) 若年性認知症利用者受入加算（別料金）

- ・若年性認知症ご利用者ごとに個別に担当者を定め、その担当者を中心に、ご利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行ないます。

#### (5) 入浴介助加算Ⅰ（別料金）

- ・浴槽は一般浴・機械浴になります。入浴サービスを行なった場合に加算致します。
- ・ご入浴の際は、担当者が安全を確保しながら介助致します。
- ・入浴サービスをご希望の方は、ご利用者の身体の状態を担当者にお申し出下さい。
- ・発熱等、入浴サービスに適さない体調不良などが見受けられた場合は、サービス中止となりますので、予めご了承下さい。

#### (6) 個別機能訓練加算Ⅰイ・Ⅰロ・Ⅱ（別料金）

- ・ご利用者が日常動作に支障をきたさないよう、また既に支障のある場合は、可能な限りその方の能力に応じ、自立した日常生活を営む事ができるように、ご利用者の状況に応じた個別機能訓練計画に基づき、機能訓練を行なった場合に加算致します。

- ・ ご利用者の居宅に訪問し、生活状況を確認し、また、3ヶ月ごとに1回以上の訪問と計画の進捗状況等を説明し、見直しを図ります。
  - ・ (Ⅰイ)は、個別機能訓練の職務に従事する機能訓練指導員等がいる場合。
  - ・ (Ⅰロ)は、個別機能訓練の職務に従事する機能訓練指導員等が2名いる場合。
  - ・ (Ⅱ)は、LIFE への情報提出が必要となります。
- (7) 口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ・Ⅱ(別料金)
- ・ (Ⅰ)は、口腔の健康状態や栄養状態について確認を行い、その情報を担当のケアマネージャーに情報提供等した場合に加算されます。
  - ・ (Ⅱ)は、口腔・栄養スクリーニングのどちら一方の場合に加算されます。加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の同時算定は不可となります。
- (8) 科学的介護推進体制加算(別料金)
- ・ ADL 値・栄養・口腔・認知症等の基本的な情報を LIFE に提出し、適切かつ有効に提供する為に情報を活用する為、加算させていただきます。
- LIFE とは、政府・厚労省が重視する自立支援・重度化防止を目的として、より効果のある介護サービスを実現すべく導入される大規模なデータベースのことです。
- (9) 送迎減算(別料金)
- ・ 通常の事業所が行なう送迎を利用せず、ご利用者が自ら通う場合は減算されます。
- (10) サービス提供体制強化加算Ⅰ(別料金)
- ・ 勤続10年以上の介護福祉士が、介護職員の総数のうち25%以上いる場合に加算させていただきます。もしくは、介護福祉士が介護職員の総数のうち70%以上いる場合に加算させていただきます。
- (11) 介護職員等処遇改善加算Ⅰ(別料金)
- ・ 介護職員処遇改善支援補助金の相当分を円滑に移行する為に、例外的かつ経過的な取り扱いとして、加算させていただきます。
- (12) 地域区分
- ・ 印西市は5級地となり、1単位あたりの単価が10,45円となります。
- (13) 食事
- ・ 昼食は、管理栄養士が作成する献立に基づき、ご提供致します。
  - ・ 調理方法にご要望がある方は、内容をご相談下さい。可能な限り対応致します。
- (14) 生活指導・相談
- ・ 食事、排泄、入浴などについて、ご利用者の状態に応じた日常生活上のお世話、指導、ご相談を行ないます。
- (15) 健康チェック
- ・ ご利用者の個人台帳を作成し、ご利用当日の健康チェックを行ない、記録致します。
- (16) サービス提供の記録
- ・ 通所介護事業に関する法令に従い、ご利用者へのサービス・ご提供日・ご提供したサービスの内容等を記録致します。

## 4 サービス利用にあたってのお願い

### (1) 共通事項

- ・ お休みする時は、ご利用日の前日午後6時までにセンターへご連絡下さい。  
当日お休みされる時は、午前8時までにご連絡下さい。8時を越えてのご連絡の場合、食事の予約を解除できない為、食費（780円）のみお支払して頂く事になりますので、予めご了承下さい。
- ・ 当日の急な体調不良等で、やむを得ず事前に連絡できない場合を除き、度々連絡なしにお休みされますと、センターのご利用ができなくなる事があります。
- ・ リハビリパンツやオムツが必要な方は、余分にご持参下さい。  
(デイサービスにもご用意してありますが、別途料金がかかります。)
- ・ 風邪等病気あるいは感染性疾患が見受けられた際は、サービスの提供をお断りする事があります。
- ・ 当日の健康チェックの結果及び体調が悪くなった場合、サービスの内容の変更または中止する事があります。その場合、必要に応じて、緊急連絡先へ連絡の上、適切に対応し、速やかに主治医に連絡をとる等、必要な処置を講じます。
- ・ 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事ができます。ただし、定員数に達している日には振り替えできません。予めご了承下さい。
- ・ センターの設備・備品等に、故意に損害等を与えられますと、修理費用等実費をご負担頂く事があります。

## 5 料金

### (1) ご利用料金

- ・ ご利用者負担額は、  
**(通所介護費+各種加算) × 地域区分 10.45 × 1割 (2割・3割) = ご利用者負担額**
- ・ 負担割合につきましては、各市町村から交付される介護保険負担割合証をご家族よりご提示して頂き、負担割合を確認させていただきます。

ア 通常規模型通所介護費（地域区分5級地 10.45円を乗じた額）

【所要時間 7 時間以上 8 時間未満】 【提供時間 9：30～16：45】

	報酬単価	1日あたりの 利用料金	介護保険 1割負担分	介護保険 2割負担分	介護保険 3割負担分
要介護1	658単位	6,876円	688円	1,375円	2,063円
要介護2	777単位	8,120円	812円	1,624円	2,436円
要介護3	900単位	9,405円	941円	1,881円	2,822円
要介護4	1023単位	10,690円	1,069円	2,138円	3,207円
要介護5	1148単位	11,997円	1,200円	2,399円	3,599円

【所要時間 5 時間以上 6 時間未満】 【提供時間 9：30～15：00】

要 介 護 1	570 単位	5,957 円	596 円	1,191 円	1,787 円
要 介 護 2	673 単位	7,033 円	703 円	1,407 円	2,110 円
要 介 護 3	777 単位	8,120 円	812 円	1,624 円	2,436 円
要 介 護 4	880 単位	9,196 円	920 円	1,839 円	2,759 円
要 介 護 5	984 単位	10,283 円	1,028 円	2,057 円	3,085 円

イ 各種加算・減算

入 浴 介 助 加 算 I	40 単位	418 円	42 円	84 円	125 円
個別機能訓練加算 I イ	56 単位	585 円	59 円	117 円	176 円
個別機能訓練加算 I ロ	76 単位	794 円	79 円	159 円	238 円
個別機能訓練加算 II	20 単位	209 円	21 円	42 円	63 円
若年性認知症利用者加算	60 単位	627 円	63 円	125 円	188 円
栄 養 改 善 加 算	200 単位	2,090 円	209 円	418 円	627 円
口腔機能向上加算 I	150 単位	1,568 円	157 円	314 円	470 円
口腔機能向上加算 II	160 単位	1,672 円	167 円	334 円	502 円
口腔・栄養スクリーニング加算 I	20 単位	209 円	21 円	42 円	63 円
口腔・栄養スクリーニング加算 II	5 単位	52 円	5 円	10 円	16 円
科学的介護推進体制加算	40 単位	418 円	42 円	84 円	125 円
送 迎 減 算	-47 単位	-491 円	-49 円	-98 円	-147 円
サービス提供体制強化加算 I	22 単位	230 円	23 円	46 円	69 円
介護職員等処遇改善加算(I)		1 月あたりの総単位数に 9.2% を乗じて得た単位数で算定されます。			

※各項目の 1 割負担額・2 割負担額・3 割負担額は、料金の目安となる為に表示しています。実際のご利用者負担額の算出は、1 ヶ月のサービス合計単位数により計算致します。その為、記載されている額と異なります。ご了承下さい。

ウ 食費

- ・ 1 日あたり 780 円（自己負担）

エ 複写物のコピー代

- ・ 1 枚あたり 20 円（自己負担）

オ 銀行引き落としに伴う手数料

- ・ 1 月あたり 165 円（自己負担）

カ 特別行事等にかかる費用は自己負担になります。このような費用を自己負担頂く場合は、ご利用者またはご家族等にご説明致します。

キ レクリエーション材料費として、ご利用者個人に係る費用は自己負担になります。

ク その他、ご利用者個人に係る費用は自己負担になります。

(2) ご利用料金お支払い方法

- ・ ご利用月分の自己負担総額は、その月の月末に計算し、翌月 10 日に請求書を発送させていただきますので、その月の 26 日までにお支払い下さい。（26 日が銀行営業日でない場合は、翌銀行営業日となります。）お支払い後に領収書を発行致します。

- ・ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により法定代理受領ができなくなる場合があります。その場合は、介護保険適用とならない各サービス料金で計算し、サービス提供証明書を発行致します。サービス提供証明書を後日各市町村の介護保険窓口に提出しますと、定められた差額の給付を受ける事ができます。

## 6 サービスのご利用方法

- ・ ご利用者の居宅サービス計画で、通所介護が対象となっている場合にセンターをご利用できます。
- ・ この重要事項説明をご承認され、センターのご利用を希望される方は、通所介護契約書を2通作成し、事業者とご利用者で保管致します。
- ・ 契約を締結頂く時には、感染性疾患に関する医師の診断書が必要となります。
  - ① 複数のサービスを利用され、同じ診断書が必要な場合は、当センターで必要な内容が全て記載されていれば写しでも結構です。
  - ② この診断書を提出されませんと、センターのご利用ができません。
  - ③ 診断書にかかる費用などは、ご利用者の負担となります。また、予め医師とご相談され、誤解のないようにされる事をお勧め致します。
  - ⑤ 診断書は、なるべくご利用直前のものをご提出下さい。
  - ⑥ 診断書の発行後、病院等へ入院した場合は、退院後の診断書が必要になりますので、予めご了承下さい。
  - ⑦ 利用開始後に病院等へ入院された場合も、退院後に上記同様の診断書をご提出頂きます。
- ・ ご利用者およびご家族とご相談の上、通所介護計画を作成し、サービスのご提供をさせていただきます。

## 7 契約の解約について

### (1) 利用者が契約を解約する方法

- ・ ご利用者は、センターに対して、1週間の予告期間において文書で通知する事により、この契約を解約する事ができます。ただし、ご利用者の急変、急な入院など、やむを得ない事情がある場合は、予告期間が1週間以内の通知でもこの契約を解約する事ができます。
- ・ 次の事由に該当した場合は、ご利用者は、センターに文書で通知する事により、直ちにこの契約を解約する事ができます。
  - ① 事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合。
  - ② 事業者が、守秘義務に反した場合。
  - ③ 事業者が、ご利用者やそのご家族等に対して、社会通念を逸脱する行為を行なった場合。

### (2) 事業者が、契約を解約する場合

- ・ 事業者は、やむを得ない事情がある場合、ご利用者に対して、1ヶ月の予告期間において、理由を示した文書で通知する事により、この契約を解約する事ができます。

- ・ 次の事由に該当した場合は、事業者はご利用者に文書で通知する事により、この契約を解約する事ができます。なお、この場合原則として、事前に介護支援専門員に連絡します。
  - ① ご利用者のサービス利用料金の支払いが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、催告後30日以内に支払われない場合。
  - ② ご利用が正当な理由なくお休みを度々繰り返した場合、または、ご利用者の入院もしくは病気により3ヶ月以上にわたってサービスがご利用できない状態である事が明らかになった場合。
  - ③ ご利用者またはそのご家族等が、事業者やセンター従事者または他のご利用者等に対して、暴力、暴言、嫌がらせなどを行なう。または、担当者の指示を度々無視し、サービス提供やセンターの運営に著しく支障をきたす場合。
- (3) 次の事由に該当した場合は、ご利用者またはそのご家族等が直ちに事業者に連絡する事により、この契約は自動的に終了します。
  - ① ご利用者が、介護保険施設に入所した場合。
  - ② 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。
  - ③ ご利用者の要介護認定区分が、要支援・事業対象者と認定された場合。
  - ④ ご利用者が死亡した場合。

## 8 緊急時の対応方法

- ・ サービス提供中に容態の変化があった場合は、事前の打ち合わせにより緊急連絡先や主治医等へ、連絡を致します。
- ・ 緊急連絡先及び主治医につきましては、以下に記載し保存するものとします。

### 緊急連絡先

氏 名	
住 所	
電 話 番 号	
続 柄	

### 主治医

病院または診療所名	
医 師 名	
住 所	
電 話 番 号	

## 9 サービス内容に関する相談・苦情・要望等

- ・ センターご利用の相談・苦情・要望

通所介護事業所 ハートヴィレヂ

担当 生活相談員 谷口 洋一

電話 0476-47-1122(代表) 0476-47-2267(直通)

月曜日～土曜日午前9時～午後5時30分まで

- ・ 各市町村苦情担当窓口

千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理係 043-254-7428

印西市役所 介護保険課 介護保険班 0476-33-4623

印西市北部地域包括支援センター 0476-85-4085

印西市南部地域包括支援センター 0476-37-3120

印西市船尾牧の原地域包括支援センター 0476-29-4001

印西市印旛地域包括支援センター 0476-33-7062

印西市本埜地域包括支援センター 0476-33-4845

栄町役場 健康介護課 0476-33-7709

八千代市役所 健康福祉部 長寿支援課 047-483-1151 (代表)

白井市役所 高齢者福祉課 介護保険班 047-497-3473

成田市役所 福祉部 介護保険課 0476-20-1545

佐倉市役所 高齢者福祉課 介護給付班 043-484-6174

船橋市役所 健康高齢部 介護保険課 047-436-2302



以上の説明をご承知の上、当センターご利用を希望され、ご契約を頂ける場合は以下に記名捺印をお願い致します。

通所介護の提供にあたり、ご利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明致しました。

説明日	事業者
令和 年 月 日	所在地 印西市武西 1 2 6 9 番 1
	名 称 通所介護事業所 ハートヴィレッジ
	代表者 管理者 高橋 千枝子 印
	説明者
	職氏名 生活相談員 印

私は、契約書及び本書面により、事業所から通所介護についての重要事項の説明を受け、了承致しました。

同意日	利用者
令和 年 月 日	住 所
	氏 名 印
	代理人
	住 所
	氏 名 印
	(続柄 )