「指定通所介護」
重要事項説明書

(地域密着型通所介護)

デイサービス　にじいろ西野店

株式会社　らいふばでぃ

当事業所は介護保険の指定を受けています。

（事業番号0190401927）

当事業所はご利用者に対して指定地域密着型通所介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※　当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

（目的）

事業者は、介護保険法等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう地域密着型通所介護サービスを提供し、利用者は、事業者に対しそのサービスに対する料金を支払います。

１．　事業者

（１）	法　　人　　名	株式会社らいふばでぃ
（２）	法 人 所 在 地	北海道札幌市中央区北4条西13-1-2RICH植物園BLDG3階
（３）	電　話　番　号	011-616-0808
（４）	代 表 者 氏 名	代表取締役　金　大器
（５）	設 立 年 月 日	平成28年11月25日

（

２．　事業所の概要

（１）	事 業 所 の 種 類	地域密着型通所介護
（２）	事 業 所 の 名 称	デイサービス　にじいろ西野店
（３）	事業所の所在地	北海道札幌市西区西野10条9丁目13-5
（４）	電　話　番　号	011-667-2416
（５）	管　　理　　者	長瀬　美緒
（６）	開 設 年 月 日	令和8年11月1日
（７）	利　用　定　員	18人

３． 事業実施地域及び営業時間

（1） 通常の事業の実施地域

西区・手稲区・中央区・北区・東区

（2） 営業日及び営業時間

営　　業　　日	月～日　年中無休
受　付　時　間	9：00～18：00（左記は基本であり随時受付可能です）
サービス提供時間	月～日　9：00～18：00

４． 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定地域密着型通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

管　理　者	常勤	1名	非常勤	0名	計　1名
生活相談員	常勤	2名	非常勤	0名	計　2名
介護職員	常勤	4名	非常勤	0名	計　4名
機能訓練指導員	非常勤	0名	非常勤	1名	計　1名
看護職員	非常勤	0名	非常勤	2名	計　2名

管理者は、事業所の従業員の管理及び、業務の管理を一元的に行う。
また、当該事業所の従事者に法令及びこの規程を遵守させるため必要な命令を行う。

生活相談員は、家族や利用者の相談業務、また管理者の指示のもと指定地域密着型通所介護の利用申込みにかかる調整の補助、地域密着型通所介護計画の作成の補助等を行う。また、利用者に対し日常生活上の介護その他必要な業務の提供にあたる。

機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための業務にあたる。

看護職員は、健康管理の業務に当たる。

介護職員は、地域密着型通所介護の業務に当たる。

５．当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。
当事業所が提供するサービスについて、

（1） 利用料金が介護保険から給付される場合
（2） 利用料金の全額をご契約者にご負担いただく場合

があります。

（1）介護保険の給付対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（1割負担の方は9割・2割負担の方は8割・3割負担の方は7割）が介護保険から給付されます。

〈サービスの概要〉

① 入浴

・入浴又は清拭を行います。

② 排泄

・ご利用者の排泄の介助を行います。

③ 送迎サービス

・ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。ただし、通常の事業実施地域外からのご利用の場合は、所定の送迎費をご負担いただきます。

④ 食事

・利用者と職員が共同で作る家庭的な温かく美味しい食事を提供します。

（食事時間）12:00～13:00

食事サービスの利用は任意です。

⑤ 機能訓練

・機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。

⑥ 生活指導

・利用者の生活面での指導・援助を行います。

各種レクリエーションや健康体操等を実施します。

⑦ 健康チェック

・血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。

⑧ 相談及び援助

・利用者とその家族からの各種ご相談に問題解決に向けて取り組みます。

※ 介護保険制度改定に伴いサービスに変更があった場合、別紙にて担当者よりご説明、ご利用者の同意をいただきます。

〈サービス料金（１回あたり）（１）介護給付費〉

ご利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払いください。（サービス料金は、ご利用者の要介護度　負担割合に応じて異なります）

☆ご利用者に提供する食事にかかる費用は別途いただきます。（下記表参照）

☆介護保険の給付額や負担率に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

■地域密着型通所介護費（8時間以上9時間未満　1割負担の場合）

ご利用者の要介護度とサービス利用料金	要介護１	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用料金 ご利用者負担額【１割】	794 円	938 円	1, 087 円	1, 237 円	1, 384 円
入浴介助（Ⅰ） ご利用者負担額【１割】	41 円	41 円	41 円	41 円	41 円
本利用料合計金額 ※入浴介助（Ⅰ）の場合	835 円	979 円	1, 128 円	1, 278 円	1, 425 円

※ 送迎料金は、サービス利用料金に含まれます。

■地域密着型通所介護費（8時間以上9時間未満　2割負担の場合）

ご利用者の要介護度とサービス利用料金	要介護１	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用料金 ご利用者負担額【2割】	1, 588 円	1, 876 円	2, 174 円	2, 474 円	2, 768 円
入浴介助（Ⅰ） ご利用者負担額【2割】	82 円	82 円	82 円	82 円	82 円
基本利用料合計金額 ※入浴介助（Ⅰ）の場合	1, 670 円	1, 958 円	2, 256 円	2, 556 円	2, 850 円

■地域密着型通所介護費（8時間以上9時間未満　3割負担の場合）

ご利用者の要介護度とサービス利用料金	要介護１	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
サービス利用料金 ご利用者負担額【3割】	2, 382 円	2, 814 円	3, 261 円	3, 711 円	4, 152 円
入浴介助（Ⅰ） ご利用者負担額【3割】	123 円	123 円	123 円	123 円	123 円
基本利用料合計金額 ※入浴介助（Ⅰ）の場合	2, 505 円	2, 937 円	3, 384 円	3, 834 円	4, 275 円

※　実際の利用者負担額の算出は、１か月のサービス合計単位数により計算することもありま す。
その場合、１回ずつの計算とは端数処理で差異が発生する場合があります。

（２）加算料金など

入浴介助加算Ⅰ（１回につき）

1割負担　40単位　　41円

2割負担　40単位　　82円

3割負担　40単位　　123円

処遇改善加算（Ⅱロ）

1ヶ月の介護保険ご利用単位数に12.5％を乗じた単位数に、地域区分単価を乗じた処遇改善加算の1割をご利用者様にご負担いただきます。

＜計算式＞

1ヶ月のご利用単位数×12.5％（端数は四捨五入）×地域区分単価＝処遇改善加算100％（端数は切り捨て）

処遇改善加算100％－（処遇改善100％×90％）＝ご利用者様1割負担（端数は切り捨て）

科学的介護推進体制加算

国が運営するデータベースに情報登録を行い、より良い介護を提供する。

1ヶ月毎に算定

1割負担	40単位	41円
2割負担	40単位	82円
3割負担	40単位	123円

（3）介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の金額がご利用者の負担とさせていただきます。

① 食事の提供（食費）

食費は朝食1食 500円、昼食1食 700円、夕食1食 900円とさせていただきます。

② レクリエーション、クラブ活動

ご利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：交通費、材料代等の実費をいただくこともあります。

③ おむつ・リハビリパンツ・パット代

当施設のものを利用される場合は実費が必要となります。

④ 延長料金

保険適用サービス時間（9:00～18:00）以外のご利用に関しましては、保険適用サービス時間の前後2時間未満まで、1時間あたり1,000円がご利用者様の自己負担となります。

なお、2時間を超える場合は、夜間サポートサービスが適用となります。

⑤ その他費用

地域密着型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、お客様に負担させることが適当と認められる費用は、お客様の負担となります。

（4）利用料金お支払い方法

前記（1）、（2）の料金・費用はサービス利用終了後翌月15日前後に請求書を発行致します。

お支払いは口座振替を基本とし、やむを得ない場合のみお振込みでの対応をお願い致します。

（5）連帯保証について

本契約の連帯保証人は、主債務者（利用者）と連帯して債務を履行する義務を負い、以下の権利を有しないことをご確認ください。

①催告の抗弁権の不存在：事業所から請求を受けた際、先に利用者へ催告するよう求めることはできません。

②検索の抗弁権の不存在： 利用者に弁済資力があることを理由に、強制執行を拒むことはできません。

③分別の利益の不存在： 保証人の数に関わらず、当然に債務全額（本契約で定める極度額の範囲内）を支払う義務を負います。

（6）サービス利用の中止

利用予定日の前に、ご利用者の都合により、指定通所介護サービスの利用を中止することができます。この場合には、実施日の当日午前９時までに事業所に申し出てください。

【連絡先】（電話番号）011-667-2416

（7）サービス利用の変更

利用者が指定地域密着型通所介護サービスの変更等を希望する場合は、いつでも事業所に申し出てください。該当利用者に係る居宅介護支援事業所への連絡、その他の必要な援助を行います。

６．苦情の受付について

当事業所は苦情受付窓口を設置しており利用者・家族からの苦情に迅速、適切に対応します。また、本事業所への苦情やご意見は、行政やその他苦情受付機関に相談することもできます。

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

〇苦情受付窓口　〔職名〕管理者：長瀬　美緒

〇受　付　時　間　　月曜日～日曜日（9：00～18：00）　電話番号　011-667-2416

（2）行政機関その他苦情受付機関

札幌市　西区役所 保険福祉課	所在地　　札幌市西区琴似2条7丁目1-1 電話番号　011-641-6946 受付時間　8：45～17：15（土・日・祝日は除く）
北海道 福祉サービス運営適正化委員会	所在地 札幌市中央区北2条西7丁目1番地　北海道立道民生活センター3階 電話番号　011-204-6310 受付時間　9：00～17：00(土・日・祝日は除く)

７．事故の対応について

サービス提供により事故が発生した場合には、市町、家族、居宅介護支援事業所への連絡など必要な

措置を講じ、事故の状況や事故に関して採った処置について記録し、賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を速やかに行います。

8． 非常災害対策

指定地域密着型通所介護事業所は、非常災害に備えるため、非常災害対策マニュアルを作成し非難訓練等を次のとおり行うとともに必要な設備を備える。

① 事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

② 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備しそれらを定期的に従業員に周知します。

防火責任者	管理者
防災訓練	年2回
避難訓練	年2回
通報・消火訓練	年2回

9． 管理及び従事者等の健康管理等

1 指定地域密着型通所介護に使用する備品などは清潔に保持し、定期的な消毒を施すなど常に衛生管理に十分留意するものとする。

2 指定地域密着型通所介護従事者に対し、感染症等に関する基礎知識の習得に努めるとともに、年 1 回以上の健康診断を受診させるものとする。

１０． 秘密保持

1 事業所及びその従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

2 事業所は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いません。

3 事業所は、利用者の家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において当該家族の個人情報を用いません。

１１． 従事者の研修等

従事者の質的向上を図るため研修の機会を次のとおり設けるものとし、業務体制を整備する。

(1) 採用時研修 採用後 1 か月以内

(2) 継続研修 年 1 回以上

(3) 個別研修 年 12 回以上

１２． 虐待・身体拘束の防止について

事業所及びその従業者利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、必要な措置を講じます。

虐待防止・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
虐待防止・身体拘束等の適正化のための指針の整備をしています。
従業者に対して、虐待防止・身体拘束等の適正化のための定期的な研修を実施する等の必要な措置を講じます。
サービス提供中に、当該事業所従業者又は介護者（現に介護している家族・親族・同居人等）による虐待等を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
事業者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。
やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、事前に十分な説明の上利用者又は家族等に同意を得るとともにその態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録致します。
虐待防止・身体拘束等の適正化に関する担当者を選定しています。

１３．　第三者評価に関して

実施無し

指定地域密着型通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和　　年　　月　　日

デイサービス　にじいろ　西野店

説明者　職名 ＿＿＿＿＿＿　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意し、交付を受けました。

利用者　住所

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

成年後見人・代理人等　※必要な場合

住所

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

身元引受人

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）　㊞

※身元引受人の役割は契約書に準ずる

連帯保証人

住所

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※　この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

※ 介護保険制度改定についての内容説明とご利用者同意について

説明年月日	介護保険制度改定についての内容	担当者 説明印	同意年月日	ご利用者同意 （サイン又は印）
年　月　日			年　月　日	
年　月　日			年　月　日	
年　月　日			年　月　日	
年　月　日			年　月　日	
年　月　日			年　月　日	
年　月　日			年　月　日	
年　月　日			年　月　日	
年　月　日			年　月　日	
年　月　日			年　月　日	
年　月　日			年　月　日	
年　月　日			年　月　日	
年　月　日			年　月　日	
年　月　日			年　月　日	
年　月　日			年　月　日	
年　月　日			年　月　日	
年　月　日			年　月　日	
年　月　日			年　月　日	