

# 重要事項説明書

(令和7年4月1日現在)

## 1 概 要

### (1) 提供できるサービスの種類と地域

- ・名称                      デイサービスセンターらいらく
- ・住所                      札幌市南区藤野4条4丁目20番30号
- ・介護保険指定番号      通所介護      (0170512404号)
- ・サービス提供  
する対象地域              札幌市南区全域

### (2) 職員体制

- ・管理者                      1名  
管理者は、従業者の管理及び業務の実施状況の把握、その他管理を一元的に行う。
- ・生活相談員                サービス提供日ごとに1名以上  
生活相談員は、サービスの申し込みに係る調整、利用者、家族からの相談、居宅介護支援事業所や他の居宅サービス事業所等、関係機関との連絡調整の業務に当たる。
- ・介護職員                      サービス単位ごとに常勤換算方法により6名以上  
介護職員は、利用者の心身機能、ニーズに応じた介護、レクリエーション等に当たる。
- ・看護職員                      サービス単位ごとに1名以上  
看護職員は、利用者の健康管理、緊急時の対応等を中心に看護に当たる。
- ・機能訓練指導員            1名以上  
機能訓練指導員は、利用者の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訓練を行う。また、利用者及びその家族等からの希望に応じて、個別機能訓練計画を作成し、利用者の心身の状況に応じた機能訓練を実施し、定期的な評価や計画の見直しを行うものとする。

### (3) 営業日及び営業時間

- ・営業日  
月曜日から土曜日とする。ただし、年末年始(12月30日から1月3日)を除く
- ・営業時間  
午前8時30分から午後5時30分までとする
- ・サービス提供時間  
午前9時30分から午後3時40分までとする

### (4) 通所定員

- ・40名

## 2 サービス内容

- ① 日常生活上の介護
  - イ 食事
  - ロ 排泄
  - ハ 入浴（一般浴・特殊浴）
  - ニ その他必要な身体介護
- ② 機能訓練・レクリエーション
- ③ 送迎
- ④ 相談 事業所内に相談室を設置し、利用者からの相談に適切に対応する
- ⑤ 通所サービス計画の立案
- ⑥ その他

## 3 料 金

### （１）利用料金

#### （Ⅰ）札幌市通所型サービス

|                        |                | 通所介護相当型                     |            |          |            |
|------------------------|----------------|-----------------------------|------------|----------|------------|
| 1. 利用者<br>の<br>要 介 護 度 |                | 事業対象者<br>要支援 1              |            | 要支援 2    |            |
| 2. 単 位 数               |                | 436 単位/回                    | 1,798 単位/月 | 447 単位/回 | 3,621 単位/月 |
| 3. 利 用 回 数             |                | 1 回                         | 月 4 回以上    | 1 回      | 月 8 回以上    |
| 4. 利 用 回 数 （ 上 限 ）     |                | 月 3 回                       | -          | 月 7 回    | -          |
| 5. サービス提供体制強化加算（Ⅱ）     |                | 72 単位/月                     |            | 144 単位/月 |            |
| 6. 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）      |                | 上記単位数の合計（1～5）×9.0%          |            |          |            |
|                        |                |                             |            |          |            |
|                        |                |                             |            |          |            |
| 7. 地 域 区 分             |                | 上記の合計（1～6）×10.14（小数点以下切り捨て） |            |          |            |
| 8. 合 計 金 額 （ 1 0 割 ）   |                | 5,617 円                     | 20,665 円   | 6,530 円  | 41,614 円   |
| 9. 自己負担額（1割負担の場合）      |                | 562 円                       | 2,067 円    | 653 円    | 4,162 円    |
| 10. 自己負担額（2割負担の場合）     |                | 1,124 円                     | 4,133 円    | 1,306 円  | 8,323 円    |
| 11.                    | 自己負担額（3割負担の場合） | 1,686 円                     | 6,200 円    | 1,959 円  | 12,485 円   |

#### その他の加算

##### ① 科学的介護推進体制加算

ご利用者様ごとのADL値（日常生活の動作）・栄養状態・口腔機能・認知症の状況、その他の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合、1ヶ月つき：1割負担の場合は月額約43円、2割負担の場合は月額約85円、3割負担の場合は約128円お支払いいただきます。

##### ② 事業所未送迎減算

居宅と事業所との間の送迎を行わない場合に減算します。片道につきー47円となります。

## (Ⅱ) 通所介護費

|                              | 介護給付（日額）                    |                   |                   |                   |                     |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| 1. ご利用者の<br>要介護度と<br>サービス単位数 | 要介護1<br>584<br>単位           | 要介護2<br>689<br>単位 | 要介護3<br>796<br>単位 | 要介護4<br>901<br>単位 | 要介護5<br>1,008<br>単位 |
| 2. 入浴介助加算（Ⅱ）                 | 55 単位                       |                   |                   |                   |                     |
| 3. 個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ              | 76 単位                       |                   |                   |                   |                     |
| 4. サービス提供体制強化加算（Ⅱ）           | 18 単位                       |                   |                   |                   |                     |
| 5. 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）            | 上記単位数の合計（1～4）×9.0%          |                   |                   |                   |                     |
|                              |                             |                   |                   |                   |                     |
| 6. 地域区分                      | 上記の合計（1～5）×10.14（小数点以下切り捨て） |                   |                   |                   |                     |
| 7. 合計金額（10割）                 | 8,101 円                     | 9,257 円           | 10,444 円          | 11,610 円          | 12,786 円            |
| 8. 自己負担額（1割負担の場合）            | 811 円                       | 926 円             | 1,045 円           | 1,161 円           | 1,279 円             |
| 9. 自己負担額（2割負担の場合）            | 1,621 円                     | 1,852 円           | 2,089 円           | 2,322 円           | 2,558 円             |
| 10. 自己負担額（3割負担の場合）           | 2,431 円                     | 2,778 円           | 3,134 円           | 3,483 円           | 3,836 円             |

※サービス提供時間は「6時間以上7時間未満」により計算しています。

※入浴介助加算は、「入浴介助加算（Ⅱ）」の55単位を算定します。（一般浴・特殊浴ともに同額となります）

※機能訓練指導員の配置により「個別機能訓練加算（Ⅰ）ロ」もしくは「個別機能訓練加算（Ⅰ）イ 56単位」を算定します。

その他の加算

### 個別機能訓練加算（Ⅱ）

ご利用者様ごとの個別機能訓練計画書の内容等の情報を厚生労働省に提出し、機能訓練の実施に当たって、当該情報その他機能訓練の適切かつ有効な実施のために必要な活用をしている場合に算定します。

1ヶ月つき：1割負担の場合は月額約22円、2割負担の場合は月額約43円、3割負担の場合は約64円お支払いいただきます。

### 科学的介護推進体制加算

ご利用者様ごとのADL値（日常生活の動作）・栄養状態・口腔機能・認知症の状況、その他の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出している場合に算定します。

1ヶ月つき：1割負担の場合は月額約43円、2割負担の場合は月額約85円、3割負担の場合は約128円お支払いいただきます。

## (Ⅲ) その他（介護保険外費用）

- |          |    |      |
|----------|----|------|
| ① 昼食代    | 1食 | 620円 |
| ② 紙おむつ代  |    |      |
| イ パッドタイプ |    | 30円  |
| ロ パンツタイプ |    | 140円 |

※上記の他、外出レクリエーションにかかる費用等は自己負担となります。

※通常の事業の実施地域を超えて行う、通所介護の送迎に要する費用を片道につき300円とする。

## (2) 支払方法

毎月、15日頃に前月分の請求をいたしますので、27日までにお支払いください。

お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払い方法は、銀行振込、口座引き落としの2通りの中からご契約の際にお選びください。

#### 4 緊急時及び事故発生時における対応方法

- ・サービスの提供中に利用者の病状の急変、その他緊急事態が発生したときは、速やかに主治医、家族、協力医療機関等に対し、適切な対応を行うとともに、管理責任者に報告するものとする。
- ・事業者は、事故が発生した場合には、その原因を解明し再発を防ぐための対策を講じるものとする。

《協力医療機関》

名 称 医療法人北志会 札幌ライラック病院  
住 所 札幌市豊平区豊平6条8丁目2-18  
電話番号 011-812-8822

#### 5 非常災害対策

- ・事業者は、非常災害（火災、風水害、地震等）に対する具体的な対策計画を作成し、防災管理者又は火気・消防等についての責任者を定めておくとともに、非常災害に備えるため、年2回定期的に避難・救出訓練を行います。
- ・業務継続計画（BCP）の策定等にあたって、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対しサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るため、業務継続計画を策定するとともに、その計画に従い、従業員に周知し、年2回以上、研修及び訓練を実施します。

#### 6 ハラスメント対策について

- ・事業所は、職場におけるハラスメント防止に取り組み、従業員が働きやすい環境づくりを目指します。利用者またはその家族が事業所の従業員に対して次のようなハラスメント行為を行ったことが確認された場合は、改善を求め、それでも解消されない場合は契約書の規定に基づき、契約を解除する場合がありますこととする。

##### ① 身体的暴力

叩く、蹴る、手をはらいのける、物をなげつける 等

##### ② 精神的暴力

罵倒や威嚇、脅迫、無視、理不尽な要求を繰り返す、威圧的な態度をとる、命令の乱用、長時間の叱責 等

##### ③ セクシュアルハラスメント

必要もなく手や腕を触る、抱きしめる、性的・卑猥な言動をする 等

##### ④ その他

従業員への誹謗中傷、人格を否定する発言、合理的な理由のない長時間の拘束や謝罪の要求、社会的理念上相当程度を超えるサービス提供の要求 等

#### 7 苦情処理

##### （1）事業所における受付

- ・事業者は利用者等から苦情の申し出が、行いやすい環境を整えるため、事業所に苦情受付担当者、苦情解決責任者及び複数の苦情処理第三者委員を設置するものとする。
- ・事業所の管理者は、前項について利用者等への周知を図るため、必要な事項を事業所内の目に付きやすい場所に掲示するものとする。

|              |                                                                                                                                     |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ご利用者<br>相談窓口 | ご利用時間 月～土曜日 午前8時30分～午後5時30分<br>(定休日 日曜日・年末年始(12月30日～1月3日))<br>ご利用方法 電話 011-591-9000<br>場所 デイサービスセンター らいらっく<br>苦情受付担当者 : 根本 眞悟 平島 健介 |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(2) 行政機関その他苦情受付機関

○札幌市各区役所保健福祉課

【南 区】住所：札幌市南区真駒内幸町 2 丁目 TEL:011-581-2400

【中央区】住所：札幌市中央区南 3 条西 11 丁目 TEL:011-231-2400

【豊平区】住所：札幌市豊平区平岸 6 条 10 丁目 TEL:011-822-2400

【清田区】住所：札幌市清田区平岡 1 条 1 丁目 TEL:011-889-2400

【白石区】住所：札幌市白石区南郷通 1 丁目南 TEL:011-861-2400

【厚別区】住所：札幌市厚別区厚別中央 1 条 5 丁目 TEL:011-895-2400

【東 区】住所：札幌市東区北 11 条東 7 丁目 TEL:011-741-2400

【北 区】住所：札幌市北区北 24 条西 6 丁目 TEL:011-757-2400

【西 区】住所：札幌市西区琴似 2 条 7 丁目 TEL:011-641-2400

【手稲区】住所：札幌市手稲区前田 1 条 11 丁目 TEL:011-681-2400

○国民健康保険団体連合会 総務部介護保険課苦情処理係

住所：札幌市中央区南 2 条西 14 丁目 国保会館 TEL:011-231-5161

○北海道福祉サービス運営適正化委員会

住所：札幌市中央区北 2 条西 7 丁目 かでる 2・7 TEL:011-204-6310

8 第三者評価の実施状況

|                  |      |        |           |
|------------------|------|--------|-----------|
| 第三者評価による<br>実施状況 | 1 あり | 実施日    |           |
|                  |      | 評価機関名称 |           |
|                  |      | 結果の開示  | 1 あり 2 なし |
|                  | ② なし |        |           |

9 秘密保持

- ・事業者は、正当な理由なく業務上知り得た利用者又はその家族に関する事項を第三者に漏らすことはしません。
- ・事業者が退職後も、在職中知り得た利用者又はその家族に関する事項を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。
- ・事業所では、居宅介護支援事業者との連絡調整等で、利用者又は家族の個人情報を提供するときは、予め同意を得るものとします。

10 賠償責任

事業所はサービスの提供により、賠償すべき事故が発生した時は、その被害を賠償します。

11 その他

利用者又はご家族からの飲食、物品、金銭等の授受は当法人の就業規則の職員禁止行為にあたりますことから、ご遠慮させていただきます。

また、サービス利用中における利用者間での飲食、物品、金銭等の授受もご遠慮いただいております。

デイサービスセンター らいらっくを利用するにあたり、上記重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

説明者（職名）：生活相談員

（氏名）： 印

デイサービスセンター らいらっくを利用するにあたり、重要事項の説明を受け同意しました。

【契 約 者 (利用者)】

住 所

氏 名

印

【署名代行者】

私は、本人の契約意思を確認し署名代行いたしました。

利用者との関係：

署名代行理由：

住 所

氏 名

印