

通所介護重要事項説明書

(2025年4月1日現在)

1. 当デイサービスが提供するサービスについての相談窓口

電話 04-7120-0606(午前8時30分～午後6時30分まで)

担当 管理者 田口 千佳

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. デイサービスの概要

(1) 提供できるサービスの領域と地域

名称	デイサービスにじいろばる野田音女通り
所在地	千葉県野田市中野台177-7
介護保険指定番号	通所介護 (1271302133 号)
サービスを提供する対象地域	野田市 柏市 流山市

(2) 同デイサービスの職員体制

職 種	当事業所の配置数	指定基準
1. 管理者	1名	1名
2. 生活相談員	1名以上	1名
3. 介護職員	7名以上	4名
4. 看護職員(機能訓練指導員と兼務)	1名以上	1名

(3) 同デイサービスの設備の概要

定員	30名	静養室	1室
食堂兼機能訓練室	171.5㎡	相談室	1室
浴室(一般浴)	1人・3人浴槽	送迎車	3台

(4) 営業時間

月～土	午前9時30分～午後5時
日	定休日

3. 当デイサービスの特徴

【運営方針】

- ① 生活リハビリの観点から、生活動作や各種レクリエーションを通じて身体機能の低下を防止するよう努めます。
- ② 利用される方の心身の特性を踏まえ、その方の有する能力に応じ入浴、排泄、食事などの日常生活全般における援助および機能訓練を行い、住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう努めます。
- ③ ご利用になられる方の心身の状況や意向を尊重し、適切なサービスが効率的に提供されるよう配慮して行うとともに野田市、居宅介護支援事業所、地域の保険・医療・福祉サービスとの連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. サービス内容について

サービス種別	内 容
入 浴	ご利用者の状態に応じて、一般浴により入浴サービスを提供します。
食 事	栄養とご利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を計画的に提供します。
送 迎	ご利用者の希望により、自宅から当施設まで専用車等で送迎を行います。
排 泄	ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに、排泄の自立についても適切な援助を行います。
着替え・整容等	入浴の際など着替えの援助が必要な場合は、適切に援助を行います。 入浴後には、適宜、つめ切り等の整容を行います。
健康管理と緊急時の対応	入浴前に血圧、体温のチェックを行い、健康状態をチェックします。 サービス提供中に、事故等が発生した場合には、速やかに利用者の家族等に連絡するとともに、応急手当、病院への搬送、救急車の手配等を行います。
相談及び援助	ご利用者及びそのご家族からのいかなる相談についても誠意を持ってこれに応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。

5. 料金について

(1) 利用料金

【介護保険適用】

	1日あたりの利用料金	介護保険適用時の1日あたりの自己負担額		
		1割負担	2割負担	3割負担
要介護度1	6,757円	676円	1,352円	2,028円
要介護度2	7,979円	798円	1,596円	2,394円
要介護度3	9,243円	925円	1,849円	2,773円
要介護度4	10,506円	1,051円	2,102円	3,152円
要介護度5	11,789円	1,179円	2,358円	3,537円

* 負担割合は1号被保険者である高齢者本人の合計所得金額に基づき「負担割合証」をもって決定します

- ・入浴介助加算Ⅰ 1回あたり41円(1割負担時)
- ・入浴介助加算Ⅱ 1回あたり57円(1割負担時)
- ・介護職員処遇改善加算Ⅱ 月次利用合計単位数×0.090=A
A×地域単価の1割～3割 *1単位=10.27円
- ・サービス提供体制強化加算Ⅲ 1回あたり 7円(1割負担時)
- ・個別機能訓練加算Ⅰイ 1回あたり 58円(1割負担時)
- ・科学的介護推進体制加算Ⅰ 月1回 41円(1割負担時)

【介護保険適用外】

- ・飲食費 1食あたり 682円
上記の他おむつ代、レクリエーションに係る費用等は自己負担となります。

○ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。又、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行う為に必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

○法律改正などに伴い介護保険からの給付額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。

○介護保険適用外に費用につきましても、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について文書にてご説明します。

(2)支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

お支払い方法は、郵便振込、郵便振替(引き落とし)のいずれかご契約の際に選べます。口座振替の場合は毎月20日に引き落としさせていただきます。

6. 利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご利用者の都合により、通所介護サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合には、サービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日17時までに 申し出がなかった場合	682円 (食事材料費分)

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合は、他の利用可能日をご利用者に提示して協議します。

【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の結果、体調が悪い場合はサービス内容の変更または中止する事があります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応いたします。

○ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。

7. サービス利用をやめる場合(契約の終了について)

契約の有効期間は、契約締結の日からご利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までにご利用者から契約終了の申し入れが無い場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は以下のような事由が無い限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合は、当事業所との契約は終了します。

(1)契約が自動的に終了する場合

以下に該当する場合、契約は自動的に終了します。

- | |
|---|
| ①ご利用者が亡くなられた場合
②ご利用者が介護保険施設に入所された場合
③要介護・要支援認定によりご利用者の心身の状況が要支援または自立と判定された場合
④事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
⑤施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
⑥当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合 |
|---|

(2)ご利用者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご利用者から利用契約を解約することができます。その場合には契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出下さい。

但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご利用者が入院された場合
- ③ご利用者の「居宅サービス計画(ケアプラン)」が変更された場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が、故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合、もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合
- ⑧介護現場におけるハラスメント対応マニュアルに定義する、身体的暴力、及び精神的暴力、並びにセクシャルハラスメント等のハラスメント行為を行いその状態が改善されない場合

(3)事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご利用者によるサービス利用料金の支払いが 3 か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご利用者又はご家族が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為(故意による暴言・暴力行為、法令に基づかない無理な要求、セクシャルハラスメント行為、恫喝、誹謗中傷等)を行うこと等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

8. 緊急時の対応方法

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師に連絡または救急車の手配を行う等の必要な措置を講じるとともに、下記に定めた緊急連絡先に連絡します。

緊急連絡先	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	
主治医	
病院・診療所名	
医師名	
所在地	
電話番号	

9. 非常災害対策

- ・防災時の対応 日頃から防災教育、避難訓練等に取り組むとともに、災害発生時には防火管理者の指示の下、迅速かつ適切に対応を図ります。
- ・防火責任者 田口 千佳

10. サービス内容に関する苦情

① 当センターご利用者相談・苦情担当

担当 管理者 田口 千佳 電話04－7120－0606

② その他

当センター以外に、市の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

野田市
高齢者支援課 電話04－7125－1111

11. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。

12. 秘密の保持について

- ① 事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得たご利用者およびそのご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 事業者は、ご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、ご利用者およびご家族の個人情報を用いません。

13. 当協の概要

名 称	生活協同組合パルシステム千葉	
代表者役職・氏名	代表理事 理事長 高橋 由美子	
本部所在地・電話番号	千葉県船橋市本町2丁目1-1 船橋スクエア21 4階 TEL. 047-420-2600	
定款の目的に定めた事業		
施設・拠点等	通所介護	2ヶ所
	地域密着型通所介護	1ヶ所
	認知症対応型通所介護	1ヶ所
	訪問介護事業所	2ヶ所
	居宅介護支援事業所	2ヶ所

年 月 日

通所介護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な事項を説明しました。

事業者 生活協同組合パルシステム千葉
所在地 〒273-0005 千葉県船橋市本町2丁目1- 1
船橋スクエア21 4階
代表者 代表理事 専務理事 新村 里志

説明者 所属 デイサービスにじいろばる野田音女通り
氏名

私は、本書面にもとづいて事業者から重要事項の説明を受けました。

利用者 住所
氏名

(代理人) 住所
氏名

介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業
(介護予防通所介護相当)重要事項説明書
(2025年4月1日現在)

1.当デイサービスが提供するサービスについての相談窓口

電話 04-7120-0606(午前8時30分～午後6時30分まで)
担当 管理者 田口 千佳
* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2.デイサービスの概要

(1) 提供できるサービスの領域と地域

名称	生活協同組合パルシステム千葉 デイサービス にじいろばる野田音女通り
所在地	千葉県野田市中野台177-7
介護保険指定番号	(1271302133号)
サービスを提供する対象地域	野田市

(2)同デイサービスの職員体制

職 種	当事業所の配置数	指定基準
1. 管理者	1名	1名
2. 生活相談員	1名以上	1名
3. 介護職員	7名以上	4名
4. 看護職員(機能訓練指導員と兼務)	1名以上	1名

(3)同デイサービスの設備の概要

定員	30名	静養室	1室
食堂兼機能訓練室	171.5㎡	相談室	1室
		送迎車	4台

(4)営業時間

月～土	午前9時30分～午後5時
日	定休日

3.当デイサービスの特徴

【運営方針】

- ①生活リハビリの観点から、生活動作や各種レクリエーションを通じて身体機能の低下を防止するよう努めます。
- ②機能訓練としてセラバンド体操、嚥下体操等を行い、筋力および柔軟性の維持を図ります。
- ③ご利用になられる方の心身の状況や意向を尊重し、適切なサービスが効率的に提供されるよう配慮して行うとともに野田市、居宅介護支援事業所、地域の保険・医療・福祉サービスとの連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4.サービス内容について

サービス種別	内 容
共通サービス	自立した生活が営めるよう、能力に応じて食事・入浴・排泄などの必要な介助を行います。また希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

☆サービスを利用する曜日や内容については、介護予防ケアプランに沿いながら、ご利用者と協議の上設定し、個別にサービス計画に定めます。

☆ただし、契約者の状態の変化、介護予防ケアプランに位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

5.料金について

(1) 利用料金

【介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業(介護予防通所介護相当)】

要介護度	月額基本利用料	ご利用者負担(月額)		
		1割負担	2割負担	3割負担
要支援1	18,465円	1,847円	3,693円	5,540円
要支援2	37,187円	3,719円	7,438円	11,157円

・サービス提供体制加算Ⅲ 1回あたり 7円

・介護職員等処遇改善加算Ⅱ 月次利用合計単位数×0.090の単位数A
単位数A×10.27円

【その他の費用】

・昼食材料費 1食あたり 682円(おやつ代含む)

上記の他、レクリエーションに係る費用等は自己負担となります。

☆ご利用者がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス基本利用料の全額をいったんお支払いいただきます。要支援認定を受けた後、自己負担額を除く金額が払い戻されます(償還払い)。又、介護予防ケアプランが作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が給付の申請を行う為に必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆法律改正などに伴い、基本利用料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。

☆その他の費用につきましても、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について文書にてご説明します

(2)支払方法

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

お支払いいただきますと、領収書を発行します。お支払い方法は、郵便振込、郵便振替(引き落とし)のいずれかをご契約の際に選べます。口座引き落としの場合は毎月20日に引き落としさせていただきます。

6.利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご利用者の都合によりサービスの利用を中止又は変更することができます。この場合には、サービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、食事材料費として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日17時まで申し出がなかった場合	682円 (食事材料費)

- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合は、他の利用可能日をご利用者に提示して協議します。
- ご利用者の体調不良や状態の改善等により介護予防ケアプランに定めた期日よりも利用が少なかった場合、または定めた期日よりも利用が多かった場合であっても、日割りでの割引または増額はいたしません。
- 月額額の定額報酬対象サービスですが、いかに該当する場合は日割り計算となります。
 - ①月途中に要介護から要支援に変更となった場合
 - ②月途中に要支援から要介護に変更となった場合
 - ③同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

【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の結果、体調が悪い場合はサービス内容の変更または中止する事があります。その場合ご家族に連絡の上適切に対応いたします。
- ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合、ご家族に連絡の上、適切に対応します。また、必要に応じて速やかに主治医に連絡を取る等必要な措置を講じます。

7.サービス利用をやめる場合(契約の終了について)

契約の有効期間は、契約締結の日からご利用者の要支援認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までにご利用者から契約終了の申し入れが無い場合には、契約は同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は以下のような事由が無い限り、継続してサービスを利用することができますが仮にこのような事項に該当するに至った場合は、当事業所との契約は終了します。

(1)契約が自動的に終了する場合

以下に該当する場合は、契約は自動的に終了します。

- ①ご利用者が亡くなられた場合
- ②認定区分が、要介護または非該当(自立)と判定された場合
- ③事業者が解散・破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④施設の滅失や重大な毀損により、サービス提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

(2)ご利用者からの解約・契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご利用者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出下さい。但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①その他の費用の利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご利用者が入院された場合
- ③ご利用者の「介護予防ケアプラン」が変更された場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業(介護予防通所介護相当)サービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が、故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合、もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合
- ⑧介護現場におけるハラスメント対応マニュアルに定義する、身体的暴力、及び精神的暴力、並びにセクシャルハラスメント等のハラスメント行為を行いその状態が改善されない場合

(3)事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- | |
|---|
| ①ご利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合 |
| ②ご利用者によるサービス利用料金の支払いが 3 か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合 |
| ③ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけた場合。又は著しい不信行為を行うこと等によって、本契約を継続し難いほどの背信行為（故意による暴言・暴力行為、法令に基づかない無理な要求、セクシャルハラスメント行為、恫喝、誹謗中傷等）を行った場合 |

8.緊急時の対応方法

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師に連絡または救急車の手配を行う等の必要な措置を講じるとともに、下記に定めた緊急連絡先に連絡します。

緊急連絡先

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

主治医

病院・診療所名	
医師名	
所在地	
電話番号	

9.非常災害対策

- | | |
|---------|---|
| ・防災時の対応 | 日頃から防災教育、避難訓練等に取り組むとともに、災害発生時には防火管理者の指示の下、迅速かつ適切に対応を図ります。 |
| ・防火責任者 | 田口 千佳 |

10.サービス内容に関する苦情

- ① 当センター ご利用者相談・苦情担当
担当 管理者 田口 千佳 電話04-7120-0606
- ② その他

当センター以外に、市の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。
野田市 介護保険課 電話04-7125-1111

11. 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任によりご利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。

12. 秘密の保持について

①事業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得たご利用者およびそのご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事業者は、ご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、ご利用者およびご家族の個人情報を用いません。

13. 当協の概要

名 称	生活協同組合パルシステム千葉	
代表者役職・氏名	代表理事 理事長 高橋 由美子	
本部所在地・電話番号	千葉県船橋市本町2丁目1-1 船橋スクエア21 4階 TEL. 047-420-2600	
定款の目的に定めた事業		
施設・拠点等	通所介護	2ヶ所
	地域密着型通所介護	1ヶ所
	認知症対応型通所介護	1ヶ所
	訪問介護事業所	2ヶ所
	居宅介護支援事業所	2ヶ所

年 月 日

介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業(介護予防通所介護相当)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な事項を説明しました。

事業者 生活協同組合パルシステム千葉
所在地 〒273-0005 千葉県船橋市本町2丁目1- 1
船橋スクエア21 4階
代表者 代表理事 専務理事 新村 里志

説明者 所属 デイサービスにじいろばる野田音女通り
氏名

私は、契約書および本書面により、事業者から介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業(介護予防通所介護相当)について重要事項の説明をうけました。

利用者 住所

氏名

(代理人) 住所

氏名