２０１８年4月１日改訂版

双葉ケ丘デイサービスセンター　重要事項説明書

（事業者）　社会福祉法人　無量壽会　理事長　菅原裕典
（事業所）　双葉ヶ丘デイサービスセンター

（利用者）
当事業所は、ご利用者に対して通所介護サービスを提供いたします。事業所の概要やご提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスのご利用は、原則として要介護認定審査の結果、「要介護１～５」と認定された方が対象となります。

１．事業者

（１）法人名　　社会福祉法人　無量壽会
（２）法人所在地　　宮城県仙台市青葉区双葉ヶ丘二丁目９－２
（３）電話番号　　０２２－２７５－３７８６
　　ＦＡＸ　　０２２－２７５－４７８６
（４）代表者氏名　　理事長　　菅　原　裕　典
（５）設立年月日　　１９９４年　８月　２４日

２．事業所の概要

（１）事業所の種類
　指定通所介護事業所・２０００年 ４月 １日指定・宮城県０４７５１００６５７号
※当事業所は、特別養護老人ホーム寳樹苑に併設されています。

（２）運営方針・目的
○運営方針　…　ご利用者の心身の特性を踏まえつつ、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、機能訓練及び、必要な日常生活上のお世話をすることによって、ご利用者の社会的孤立感の解消及び、心身機能の維持並びに、ご利用者の家族の身体的・精神的負担の軽減を図るものとする。
○目　的　…　ご利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことが出来るように支援することを目的として、ご利用者に通所介護サービスを提供します。

（３）事業所の名称　　双葉ケ丘デイサービスセンター
（４）事業所の所在地　宮城県仙台市青葉区双葉ケ丘二丁目９－２
（５）電話番号　　０２２－２７５－３６２４
（６）管理者　　氏　名　　只木　和彦

（７）交通の便

〔地下鉄南北線でお越しの場合〕

ＪＲ仙台駅より地下鉄に乗り換え「旭ヶ丘駅」下車、車で１０分。

〔バスでお越しの場合〕

ＪＲ仙台駅前バス停留所より泉方面バスに乗車（北仙台行きは除く）所要時間約２５分、北根三丁目バス停下車、徒歩約１０分。

（８）当施設の経営理念

一、お客様は常に主役の座にある。
一、サービスに始まりサービスに終わる。
一、私たちは全員営業マンである。
一、高い達成目標を掲げ、日々精進する。

（９）開設年月日　　１９９６年 3月 ２５日

(10) 通常の事業の実施地域

青葉区　旭ヶ丘・荒巻本沢・北根・北根黒松・鷺ヶ森・桜ヶ丘・台原森林公園・滝道堤町・東勝山・藤松・双葉ヶ丘・水の森・台原・川平・葉山

泉　区　黒松・虹の丘・旭丘堤・みずほ台・加茂・長命ヶ丘・上谷刈・南光台

(11) 営業日及び営業時間

営　業　日	月曜日から金曜日（祝日を含む） ただし、１２月３０日～1月２日は除く。
受　付　時　間	８：３０から１７：３０まで
サービス提供時間帯	通常のご利用時 ○９：１５～１６：４５

(12) 利用定員　　３０名

３．職員の配置状況（2018 年４月１日現在）

当事業所では、ご利用者に対して指定介護福祉施設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。

〔主な職員の配置状況〕※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職　　種	職員数	指定基準
１．所長（管理者）	１名	１名
２．生活相談員	３名（３名介護員兼務） ※常勤換算：１.４名	１名
３．介護職員	８名（３名相談員兼務） ※常勤換算：６.４名	４名
４．看護師	２名（機能訓練指導員兼務） ※常勤換算：１.５名	１名
５．機能訓練指導員 （作業療法士･看護師）	３名（２名看護師兼務） ※常勤換算：２.５名	１名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延長時間数の総額を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週４０時間）で除した数です。

（例）週８時間勤務の介護職員が５名いる場合、常勤換算では

１名（８時間×５名÷４０時間＝１名）となります。

勤務時間　：　８：３０から１７：３０まで

４．緊急時の対応

○身体状況急変時　…　ご利用者の容態に変化等があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を速やかに講ずるほか、ご家族等へ速やかに連絡します。

○災害時　…　定期的に避難訓練を行い、災害時に備えております。また、町内会の方々に近隣防災協力員としてご協力をいただいております。
防災責任者：只木　和彦（所長）

○感染症発症時　…　感染症対策委員会を設置し、衛生管理、健康管理等の予防対策と発生時の対策を整備し、感染症の発生時に備えております。
感染症の発生を確認した場合、早急に感染症拡大を防ぐ対策を講じ、蔓延防止に努めます。また、併設施設において感染症が蔓延した場合、感染防止のため、施設のご利用を休止していただく場合もございます。
なお、ご利用者本人が感染症を発症した場合には、速やかに通院、加療をしていただくとともに、感染症拡大防止のため、医師の許可を得るまではご利用を休止していただく場合がございますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

○不審者進入時　　…　不審者が侵入し、お客様に危害をおよぼさないよう、出入り口のチェック、センサーの活用、防犯器具の設置等を強化し、施設防犯管理体制を整備しております。

５．当事業所が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。
当施設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負担いただく場合

（１）介護保険からの給付の対象となるサービス

次のサービスについては、利用料金の大部分（※）が介護保険から給付されます。
（※）利用料金はご契約者の要介護度や負担割合（１割～３割）によって異なります。

〈サービスの概要〉

① 健康状態の把握

ア）事業所は、サービスの提供にあたって、利用者に病状の急変等が生じた場合に備え、緊急時マニュアル等を作成し、職員に周知徹底を図るとともに、すみやかに主治医等への連絡を行えるよう、緊急時の連絡方法をあらかじめ定めておきます。

イ）事業所は、サービスの提供にあたって、転倒等を防止するための環境整備に努めます。

ウ）事業所は、サービスの提供にあたって、事前に脈拍や血圧等を測定する等利用者の当日の体調を把握するとともに、無理のない適度なサービスの内容とするよう努めます。

エ）事業所は、サービスの提供にあたって、利用者の体調の変化に常に気を配り、病状の急変等が生じた場合やその他必要な場合には、すみやかに主治医等への連絡を行う等の必要な措置を講じるように努めます。

② 食事時の介護

③ 入浴の介護

④ 更衣の介護

⑤ 排泄の介護

⑥ 身体清拭や洗髪等、清潔保持に関する介護

⑦ その他必要な身体の介護

⑧ 相談・助言や心理的援助に関すること

⑨ 服薬管理、健康管理

⑩ 利用者の希望による送迎の介護
※通常の事業送迎対象実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、ご家族での送迎をお願いする場合がございます。

⑪ その他の必要な援助

⑫ 認知症の方に対しては、特にその特性に対応したサービスの提供に努めます

〈サービス利用料金〉
下記の料金表によって、ご契約者の要介護状態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）をお支払ください。（サービスの利用料金は、ご契約者の要介護度に応じて異なります。）

［通所介護（５時間以上６時間未満］※１日あたり
１０：００～１５：３０ご利用の場合（１割負担の場合）　（1 単位＝10.27 円）

項　目＼介護度	要介護１（558 単位）	要介護２（660 単位）	要介護３（761 単位）	要介護４（863 単位）	要介護５（964 単位）
１．サービス利用料金	5,730 円	6,778 円	7,815 円	8,863 円	9,900 円
２．うち、介護保険から給付される金額	5,157 円	6,100 円	7,033 円	7,976 円	8,910 円
３．サービス利用に係る自己負担額（１－２）	573 円	678 円	782 円	887 円	990 円
４．食事料金	600 円				
５．自己負担金額（３＋４）	1,173 円	1,278 円	1,382 円	1,487 円	1,590 円

［通所介護（６時間以上７時間未満］※１日あたり
９：１５～１５：３０ご利用の場合（１割負担の場合）　（1 単位＝10.27 円）

項　目＼介護度	要介護１（572 単位）	要介護２（676 単位）	要介護３（780 単位）	要介護４（884 単位）	要介護５（988 単位）
１．サービス利用料金	5,874 円	6,942 円	8,010 円	9,078 円	10,146 円
２．うち、介護保険から給付される金額	5,286 円	6,247 円	7,209 円	8,170 円	9,131 円
３．サービス利用に係る自己負担額（１－２）	588 円	695 円	801 円	908 円	1,015 円
４．食事料金	600 円				
５．自己負担金額（３＋４）	1,188 円	1,295 円	1,401 円	1,508 円	1,615 円

［通所介護（7 時間以上８時間未満］※１日あたり
９：１５～１６：４５ご利用の場合（１割負担の場合）　（1 単位＝10.27 円）

項　目＼介護度	要介護１（645 単位）	要介護２（761 単位）	要介護３（883 単位）	要介護４（1003 単位）	要介護５（1124 単位）
１．サービス利用料金	6,624 円	7,815 円	9,068 円	10,300 円	11,543 円
２．うち、介護保険から給付される金額	5,961 円	7,033 円	8,161 円	9,270 円	10,388 円
３．サービス利用に係る自己負担額（１－２）	663 円	782 円	907 円	1,030 円	1,155 円
４．食事料金	600 円				
５．自己負担金額（３＋４）	1,263 円	1,382 円	1,507 円	1,630 円	1,755 円

［通所介護（３時間以上４時間未満］※１日あたり
１０：００～１３：３０ご利用の場合（１割負担の場合）　（1 単位＝10.27 円）

項　目＼介護度	要介護１（362 単位）	要介護２（415 単位）	要介護３（470 単位）	要介護４（522 単位）	要介護５（576 単位）
１．サービス利用料金	3,717 円	4,262 円	4,826 円	5,360 円	5,915 円
２．うち、介護保険から給付される金額	3,345 円	3,835 円	4,343 円	4,824 円	5,323 円
３．サービス利用に係る自己負担額（１－２）	372 円	427 円	483 円	536 円	592 円
４．食事料金	550 円（午後のおやつ代 50 円は含みません）				
５．自己負担金額（３＋４）	922 円	977 円	1,033 円	1,086 円	1,142 円

○加算（１割負担の場合）　※１日あたり　　（1 単位＝10.27 円）

加算項目	単位数	利用料金	介護保険給付額	自己負担額	備考
個別機能訓練加算Ⅱ（希望者のみ）	56 単位	575 円	517 円	58 円	
※家事・屋外歩行などの日常生活動作、職業能力や地域活動など社会生活への参加といった身体機能と生活能力、体と精神の心身機能などの維持または向上を目的とする訓練内容となっています。希望者のみ加算されます。					
中重度者ケア体制加算	45 単位	462 円	415 円	47 円	
※要介護 3 以上のご利用者の占める割合が「3 割以上」であること。また、加算の対象となる方は要介護（1～5）のご利用者全員に対して加算されます。					
入浴介助加算（希望者のみ）	50 単位	513 円	461 円	52 円	
※入浴中（全身浴、全身シャワー浴）のご利用者の見守りを含む介助を行った場合に算定される加算です。					
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	18 単位	184 円	165 円	19 円	
※介護職員の総数のうち、介護福祉士取得者の割合が 50%以上の場合に算定される加算です。					
介護職員処遇改善加算Ⅰ	基本サービス費及び各種加算の１月あたりの合計単位数に 5.9%を乗じた単位数				
※介護職員の賃金体系の整備、職場環境・処遇の改善、資質向上のための取り組みを実践している施設に算定される加算です。					

［通所介護（５時間以上６時間未満］※１日あたり
１０：００～１５：３０ご利用の場合（２割負担の場合）　　（1 単位＝10.27 円）

介護度／項　目	要介護１（558 単位）	要介護２（660 単位）	要介護３（761 単位）	要介護４（863 単位）	要介護５（964 単位）
１．サービス利用料金	5,730 円	6,778 円	7,815 円	8,863 円	9,900 円
２．うち、介護保険から給付される金額	4,584 円	5,422 円	6,252 円	7,090 円	7,920 円
３．サービス利用に係る自己負担額（１－２）	1,146 円	1,356 円	1,563 円	1,773 円	1,980 円
４．食事料金	600 円				
５．自己負担金額（３＋４）	1,746 円	1,956 円	2,163 円	2,373 円	2,580 円

［通所介護（６時間以上７時間未満］※１日あたり
９：１５～１５：３０ご利用の場合（２割負担の場合）　（1 単位＝10.27 円）

項　目＼介護度	要介護１（572 単位）	要介護２（676 単位）	要介護３（780 単位）	要介護４（884 単位）	要介護５（988 単位）
１．サービス利用料金	5,874 円	6,942 円	8,010 円	9,078 円	10,146 円
２．うち、介護保険から給付される金額	4,699 円	5,553 円	6,408 円	7,262 円	8,116 円
３．サービス利用に係る自己負担額（１－２）	1,175 円	1,389 円	1,602 円	1,816 円	2,030 円
４．食事料金	600 円				
５．自己負担金額（３＋４）	1,775 円	1,989 円	2,202 円	2,416 円	2,630 円

［通所介護（７時間以上８時間未満］※１日あたり
９：１５～１６：４５ご利用の場合（２割負担の場合）　（1 単位＝10.27 円）

項　目＼介護度	要介護１（645 単位）	要介護２（761 単位）	要介護３（883 単位）	要介護４（1003 単位）	要介護５（1124 単位）
１．サービス利用料金	6,624 円	7,815 円	9,068 円	10,300 円	11,543 円
２．うち、介護保険から給付される金額	5,299 円	6,252 円	7,254 円	8,240 円	9,234 円
３．サービス利用に係る自己負担額（１－２）	1,325 円	1,563 円	1,814 円	2,060 円	2,309 円
４．食事料金	600 円				
５．自己負担金額（３＋４）	1,925 円	2,163 円	2,414 円	2,660 円	2,909 円

［通所介護（３時間以上４時間未満］※１日あたり
１０：００～１３：３０ご利用の場合（２割負担の場合）　（1 単位＝10.27 円）

項　目＼介護度	要介護１（362 単位）	要介護２（415 単位）	要介護３（470 単位）	要介護４（522 単位）	要介護５（576 単位）
１．サービス利用料金	3,717 円	4,262 円	4,826 円	5,360 円	5,915 円
２．うち、介護保険から給付される金額	2,973 円	3,409 円	3,860 円	4,288 円	4,732 円
３．サービス利用に係る自己負担額（１－２）	744 円	853 円	966 円	1,072 円	1,183 円
４．食事料金	550 円（午後のおやつ代 50 円は含みません）				
５．自己負担金額	1,294 円	1,403 円	1,516 円	1,622 円	1,733 円

○加算（2 割負担の場合）　※１日あたり　（1 単位＝10.27 円）

加算項目	単位数	利用料金	介護保険給付額	自己負担額	備考
個別機能訓練加算Ⅱ（希望者のみ）	56 単位	575 円	460 円	115 円	
中重度者ケア体制加算	45 単位	462 円	369 円	93 円	
入浴介助加算（希望者のみ）	50 単位	513 円	410 円	103 円	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	18 単位	184 円	147 円	37 円	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	基本サービス費及び各種加算のⅠ月あたりの合計単位数に 5.9%を乗じた単位数				

［通所介護（５時間以上６時間未満］※１日あたり
１０：００～１５：３０ご利用の場合（３割負担の場合）　（1 単位＝10.27 円）

項　目＼介護度	要介護１（558 単位）	要介護２（660 単位）	要介護３（761 単位）	要介護４（863 単位）	要介護５（964 単位）
１．サービス利用料金	5,730 円	6,778 円	7,815 円	8,863 円	9,900 円
２．うち、介護保険から給付される金額	4,011 円	4,744 円	5,470 円	6,204 円	6,930 円
３．サービス利用に係る自己負担額（１－２）	1,719 円	2,034 円	2,345 円	2,659 円	2,970 円
４．食事料金	600 円				
５．自己負担金額（３＋４）	2,319 円	2,634 円	2,945 円	3,259 円	3,570 円

［通所介護（６時間以上７時間未満］※１日あたり
９：１５～１５：３０ご利用の場合（３割負担の場合）　（1 単位＝10.27 円）

項　目＼介護度	要介護１（572 単位）	要介護２（676 単位）	要介護３（780 単位）	要介護４（884 単位）	要介護５（988 単位）
１．サービス利用料金	5,874 円	6,942 円	8,010 円	9,078 円	10,146 円
２．うち、介護保険から給付される金額	4,111 円	4,859 円	5,607 円	6,354 円	7,102 円
３．サービス利用に係る自己負担額（１－２）	1,763 円	2,083 円	2,403 円	2,724 円	3,044 円
４．食事料金	600 円				
５．自己負担金額（３＋４）	2,363 円	2,683 円	3,003 円	3,324 円	3,644 円

［通所介護（７時間以上８時間未満］※１日あたり
９：１５～１６：４５ご利用の場合（３割負担の場合）　（1 単位＝10.27 円）

項　目＼介護度	要介護１（645 単位）	要介護２（761 単位）	要介護３（883 単位）	要介護４（1003 単位）	要介護５（1124 単位）
１．サービス利用料金	6,624 円	7,815 円	9,068 円	10,300 円	11,543 円
２．うち、介護保険から給付される金額	4,636 円	5,470 円	6,347 円	7,210 円	8,080 円
３．サービス利用に係る自己負担額（１－２）	1,988 円	2,345 円	2,721 円	3,090 円	3,463 円
４．食事料金	600 円				
５．自己負担金額（３＋４）	2,588 円	2,945 円	3,321 円	3,690 円	4,063 円

［通所介護（３時間以上４時間未満］※１日あたり
１０：００～１３：３０ご利用の場合（3 割負担の場合）　（1 単位＝10.27 円）

項　目＼介護度	要介護１（362 単位）	要介護２（415 単位）	要介護３（470 単位）	要介護４（522 単位）	要介護５（576 単位）
１．サービス利用料金	3,717 円	4,262 円	4,826 円	5,360 円	5,915 円
２．うち、介護保険から給付される金額	2,601 円	2,983 円	3,378 円	3,752 円	4,140 円
３．サービス利用に係る自己負担額（１－２）	1,116 円	1,279 円	1,448 円	1,608 円	1,775 円
４．食事料金	550 円（午後のおやつ代 50 円は含みません）				
５．自己負担金額（３＋４）	1,666 円	1,829 円	1,998 円	2,158 円	2,325 円

○加算（３割負担の場合）　※１日あたり　　（1 単位＝10.27 円）

加算項目	単位数	利用料金	介護保険給付額	自己負担額	備考
個別機能訓練加算Ⅱ（希望者のみ）	56 単位	575 円	402 円	173 円	
中重度者ケア体制加算	45 単位	462 円	323 円	139 円	
入浴介助加算（希望者のみ）	50 単位	513 円	359 円	154 円	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	18 単位	184 円	128 円	56 円	
介護職員処遇改善加算Ⅰ	基本サービス費及び各種加算のⅠ月あたりの合計単位数に 5.9%を乗じた単位数				

（２）介護保険の給付対象とならないサービス（利用の選択は任意）

〈サービスの概要と利用料金〉

①食費（昼食代＋おやつ代）　　１日当たり　６００円

②日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、ご契約者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。

○おむつ代は、実費ご負担いただきます。

リハビリパンツＳ・Ｍ	１枚　　９４円
リハビリパンツＬ	１枚　１０５円
尿取りパット	１枚　　１８円

③スナップ写真　焼き増し代（デイご利用時撮影）

１枚につき、２０円いただきます。［ご本人からのご希望があった場合のみ］

④複写物（コピー）の交付（コピーサービス）

複写物（コピー）の交付は、１枚につき、１０円いただきます。

⑤制作費及び行事参加費は、活動内容に応じて実費をご負担いただくことがあります。

（３）利用料金の支払い方法

前記（１）、（２）の料金･費用は、１ヶ月ごと（契約月、契約終了月を除く）に計算し、ご請求いたしますので、翌月２０日までに以下のいずれかの方法にてお支払ください。

ア．金融機関口座（七十七銀行）からの自動引き落とし。
　〇預金口座振替依頼書によるお手続きをさせていただきます。
（振替手数料の、ご負担はございません。）
イ．下記指定銀行口座への振込（振込手数料は、ご負担いただきます。）
　〇七十七銀行　東勝山支店　普通　５０９８６４５
　　［名義：（社福）無量壽会　双葉ケ丘デイサービスセンター　所長　只木 和彦］
　〇郵便局でのお支払い（振り込み用紙をお渡しします）
　　郵便局　０２２５－０－７４０２２［名義：双葉ケ丘デイサービスセンター］
ウ．現金によるお支払い
　〇送迎時に職員へお渡し下さい。お渡しいただく際には、封筒へお名前、金額をご記入し、厳重に封をして下さい。なるべくお釣りのないようにご準備下さい。
　※紛失等の危険性もあるため、口座振替、口座振込でのお支払い方法をおすすめいたします。

６．苦情の受付について

（１）当施設における苦情の受け付け
当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。
〇苦情受付窓口　：　林　真孝（係長）
　　℡　０２２－２７５－３６２４
〇受付時間　　：　毎週月曜日から金曜日の９：００から１７：００
　　（ただし、12/30～1/2 は除きます。）

（２）苦情解決責任者　：　所長　　只木　和彦
寄せられたご意見や、苦情に対して総合施設長が責任者となって、関係機関と相談しながら、申出人には誠意を持って話し合い、合意が得られるように努めます。

（３）苦情解決第三者委員会
寄せられたご意見や、苦情に対して総合施設長が責任者となって、関係機関と相談しながら、申し出人と誠意を持って話し合い、合意が得られるよう努めます。
なお、法人として、苦情解決第三者委員会を設置しております。定期的に委員会を開催して、委員の皆さんのご意見を伺っております。
・３名の方を委嘱しています。
北仙台地区民生委員（２名）　　越後　洋子
　　佐藤　勝男
社会福祉法人無量壽会監事（１名）　　犬飼　泰治
いただいた苦情については、問題点を把握し、対応策を検討して必要な改善を行います。

（４）行政機関その他苦情受付機関

青葉区保健福祉センター 障害高齢課 介護保険係	所在地	仙台市青葉区上杉一丁目５－１
	電話番号等	TEL　０２２－２２５－７２１１ （内線　６７４６～６７５０）
仙台市介護事業支援課 居宅サービス指導係	所在地	仙台市青葉区国分町三丁目７－１
	電話番号等	TEL　０２２－２１４－８１９２（直通） FAX　０２２－２１４－４４４３
宮城県国民健康保険 団体連合会	所在地	仙台市青葉区上杉一丁目２－３
	電話番号等	TEL　０２２－２２２－７０７９（直通） FAX　０２２－２２２－７２６０
宮城県福祉協議会運営適正化委員会 （宮城県社会福祉会館４階）	所在地	仙台市青葉区本町三丁目７－４
	電話番号等	TEL　０２２－７１６－９６７４ FAX　０２２－７１６－９２９８ ※FAX は 24 時間受付
	利用時間	午前９時～午後５時まで（月曜日～金曜日） ※祝日と年末年始は休み
	電子メール	kaiketu@miyagi-sfk.net

（重要事項説明書付属文書）

１．施設の概要

（１）建物の構造　：　鉄筋コンクリート　２階建て
（２）施設面積　　：　７，５９８㎡　　建物面積　：　３，７５３㎡
（３）併設事業
　当施設では､次の介護保険指定事業を併設して実施しています。
[介護福祉施設]　　２０００年４月１日指定　宮城県 0475100434 号　定員１００名
[短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護]
　　２０００年４月１日指定　宮城県 0475100665 号　定員２０名
[居宅介護支援事業所]　２０００年４月１日指定　宮城県 0475100640 号

（４）施設の周辺環境
　○立　地　　：　仙台市郊外の住宅地内
　○日当たり　：　良　好　　○騒　音　　：　特に意識すべき騒音はない。

２．職員の配置状況

所　長　…　ご利用者サービスにかかる総括責任者､施設管理者です。

介護職員　…　ご利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談･助言等を行います。３０名のご利用者定員に対して８名（うち３名は相談員兼務）の介護職員を配置しています。

生活相談員　…　ご利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行う相談員を３名配置しています。（介護職員兼務）

看護師　…　主にご利用者の健康管理や療養上のケアを行います。
看護師の資格を有する看護職員を２名配置しています。

機能訓練指導員　…　ご利用者が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及び、指導を行います。３名のうち１名が作業療法士の資格を有しております。（２名は看護師兼務）

８．契約締結時からサービス提供までの流れ

（１）ご利用者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「通所介護計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。

①当事業所の担当者に通所介護計画の原案作成や、その為に必要な調査等の業務を担当させます。

↓

②その担当者は通所介護計画の原案について、ご利用者、及び親族の代表者等に対して説明し、同意を得た上で決定します。

↓

③通所介護計画は､居宅サービス計画が変更された場合、もしくはご利用者、及びその親族の代表者等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要がある場合には、ご利用者、及びその親族の代表者等と協議し、通所介護計画を変更します

↓　↑

④通所介護計画が変更された場合には、ご利用者、親族の代表者等に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

９．サービス提供における事業者の義務

当施設は、ご利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

①ご利用者の生命、身体の安全･確保に配慮します。
②ご利用者の体調、健康状態から見て必要な場合には、医師または看護職員と連携のうえ、ご利用者から聴取、確認します。
③ご利用者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともにご利用者または代理人の請求に応じて閲覧を認め、必要な場合は複写物を交付します。
④ご利用者へのサービス提供時において、病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医又はあらかじめ定めた協力医療機関への連絡を行う等必要な措置を講じます。
⑤事業者及び担当職員は、サービスを提供するにあたって知り得たご利用者またはご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません（守秘義務）。ただし、ご利用者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご利用者の心身等の情報を提供します。また、ご利用者の円滑な退所のための援助を行う際には、あらかじめ文書にてご利用者の同意を得ます。

１０．施設利用の留意事項

（1）施設・設備の使用上の注意

○施設、設備、敷地をその本来の用途に従って使用してください。
○故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
○当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことは出来ません。

１１．損害賠償について

当施設において、事業者の責任によりご利用者に損害が生じた場合は、速やかに利用者家族に対し連絡を行い、行政担当課（仙台市）に報告致します。また「介護事故防止委員会」において原因を究明し、再発防止のための対策を講じます。原因が施設にある場合事業者は速やかにその損害を賠償致します。

ただし、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者及び、親族代表者と協議いたします。

１２．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、契約締結の日から契約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 30 日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約はさら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ない限り、継続してサービスを利用することが出来ますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

一 要介護等認定の更新等において、利用者の要介護状態等区分が要支援若しくは非該当（自立)、と認定されたとき
二 利用者との連絡が 3 週間以上とれなくなり、事業者が本契約の債務を履行できないと判断したとき
三 利用者が死亡したとき
四 利用者が病院または診療所に入院し、退院できる見込みが明らかにないとき
五 利用者において認知症対応型共同介護事業所への入所が決まり、その事業所において利用者を受け入れる体制が整い、入居が明確になったとき
六 利用者において特定施設入居者生活介護事業所への入所が決まり、その事業所において利用者を受け入れる体制が整い、入居が明確になったとき
七 利用者において介護保険施設への入所が決まり、その事業所において利用者を受け入れる体制が整い、入居が明確になったとき
八 利用者においてその他の社会福祉施設、介護施設、高齢者向け住宅、その他の類似施設または事業所若しくは住宅等への入所が決まり、その事業所において利用者を受け入れる体制が整い、入居が明確になったとき
九 利用者が事業所のサービス提供区域外へ転居し、サービス利用の見込みが明らかにないとき
十 事業所が介護保険法による指定の全てを取り消されたとき、または介護保険法による指定を辞退したとき
十一 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とき
十二 事業者のやむを得ない事情により、本施設を閉鎖または縮小するとき
十三 事業者が解散命令を受けたとき
十四 事業者が破産したとき
十五 その他利用者による事業者が提供するサービスの利用が明らかに見込まれないとき

（1）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、ご契約者から利用契約を解約することが出来ます。その場合には、30 日間以上の予告期間を持って文書により届けるものとし、予告期間満了日に本契約は終了します。　ただし、以下の場合には、即時に解約・解除することが出来ます。

一　事業者が、正当な理由なく介護保険法その他の関係法令の規定及び本契約に定める債務を履行しなかった場合、または事業者及び事業者の職員が利用者に対して不法行為を行った場合には、利用者は事業者に対し、いつでも本契約を解除することができます。　この場合、文書による解除の意思表示が事業者に到達し、事業者がその内容を確認した時点で契約は終了します。
二　利用者は、利用料の変更について不同意の場合には、文書による解除の意思表示が事業者に到達し、事業者がその内容を確認した時点で契約は終了します。

（2）事業者からの契約解除の申し出

事業者は、利用者、親族代表者、利用者その他の関係者のいずれかが次の各号のいずれか一つに該当する場合には、30 日間以上の予告期間をもって本契約を解除することができます。

一利用者が、正当な理由なく利用料の全部または一部の支払いを 3 ヶ月分以上滞納した場合には、事業者は利用者に対し、1 ヶ月間以上の期間を定めてその滞納金の支払いを催告し、利用者がその支払期間満了までに滞納額の全額を支払わないとき
二 利用者の病状、心身の障害、その他心身の状況が著しく悪化し、事業所のサービスでは

適切な介護ができないと事業者が判断したとき
三 利用者が、故意または重大な過失により法令違反その他秩序破壊行為を行い、改善の見込みがないと事業者が判断したとき
四 利用者、親族代表者、利用者その他の関係者のいずれかが、正当な理由なく、介護保険法その他の関係法令の規定または本契約に定める債務を履行しなかったとき、若しくは事業者または事業者の職員に対して不法行為を行ったとき
五 利用者、親族代表者、利用者その他の関係者のいずれかが、他利用者の重要な財物を滅失、破損、汚損、無断変更する、または他利用者に対し信用失墜行為若しくは不信行為等を行うことにより、本契約の債務を履行できないと事業者が判断したとき
六 利用者、親族代表者、利用者その他の関係者のいずれかが、事業者または事業者の職員の重要な財物を滅失、破損、汚損、無断変更する、または事業者または事業者の職員に対し信用失墜行為若しくは不信行為等を行うことにより、本契約の債務を履行できないと事業者が判断したとき
七 利用者、親族代表者、利用者その他の関係者のいずれかが、事業者または事業者の職員に対し法令違反または威圧、迫害、強要、脅迫、破壊、その他の暴力行為等によりその存在若しくは生命、健康、財産等を侵害あるいはその恐れのある行為、秩序破壊行為、名誉を毀損する行為、その他の行為を行い、本契約の責務を履行できないと事業者が判断したとき。
〇事業者は、利用者が次の各号のいずれか一つに該当する場合には、即時に本契約を解除することができます。
一 利用者が、感染症に罹患し、他の利用者または事業者の職員の生命若しくは健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、かつ治療が必要であると事業者が判断したとき
二 利用者の行動が、他利用者または事業者の職員の生命若しくは健康に重大な影響を及ぼすおそれがあり、事業者において可能な介護を行ってもこれを防止できないと事業者が判断したとき
三 利用者が、重大な自傷行為を繰り返す、または自殺をするおそれが極めて大きく、事業者において可能な介護を行ってもこれを防止できないと事業者が判断したとき

（３）契約の終了に伴う援助
契約が終了する場合には、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

双葉ケ丘デイサービスセンター

重要事項説明書及び各事項同意書

双葉ケ丘デイサービスセンター
　管理者　　只木　和彦　様

　指定通所介護サービスの提供開始に際し、別紙書面に基づき重要事項・介護保険給付外サービス利用・個人情報の使用に係わる事項について、下記の通り同意致します。

１．別紙書面に基づいて事業者の重要事項を確認し、通所介護サービスの提供開始に同意致します。

２．介護保険給付外サービス利用については、下記の通り、申込み及び支払いに同意致します。
（利用の選択は任意です）
・事業所が通常提供するサービスとは別に、利用者または家族等の自由な選択によって提供するサービスで、利用を選択した個人のみが利用料を負担します。
・ただし、事業所に依頼しないで、利用者または家族等が業者等へ直接に手配または購入、利用するなどした場合は、事業所に対する利用料は生じません。

品　　名	単　　位	単　　価
食材料費（おやつを含む）	１日	昼食　５５０円 おやつ代　５０円 合計　６００円
リハビリパンツ　Ｓ・Ｍ	１枚	９４円
リハビリパンツ　Ｌ	１枚	１０５円
尿取りパット	１枚	１８円
スナップ写真（焼き増し代）	１枚	２０円
複写物（コピー）	１枚	１０円
制作費及び、行事参加費		実　費

重要事項につきまして職員　（職種）　　（氏名）　　より
説明を受け、その記載事項に同意致します。

年　　月　　日

事業所

所在地　　宮城県仙台市青葉区双葉ヶ丘二丁目９番２号

名　称　　双葉ケ丘デイサービスセンター

代表者　　所長　　只木　和彦　　印

利用者

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、下記の理由により、利用者の意思を確認したうえで、上記の署名を代行しました。

署名代行人

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

利用者との関係（続柄）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名を代行した理由　　利用者本人に意思表明能力はあるが、筆記機能が低下しているため。

私は、利用者の親族代表者として、以上の契約の説明を受けその内容と責任を理解し、同意しました（以下のいずれかに署名押印のこと。）

親族代表者

住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

利用者との関係（続柄）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

親族代表者は、併せて別紙契約書内にある「親族等の代表者届出書」を事業所へ提出します。

個人情報の利用に関する同意書

双葉ケ丘デイサービスセンター
所長　様

1. 利用期間

介護、福祉等サービス提供に必要な機関及び利用契約締結機関に準じます。

2. 利用目的

(1)　介護保険における要介護（要支援）認定の申請及び、変更のため
(2)　利用者に関わるサービス計画を立案し、円滑にサービス提供するために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
(3)　介護支援専門員、介護棟のサービス提供事業者、医療機関、自治体、保険者、その他サービス提供に必要な関係機関及び団体等との連絡調整のため
(4)　利用者が、医療サービスの利用を希望している場合または医療機関の受診及び入院等が必要な場合及び主治の医師並びに歯科医師等の意見を求める必要のある場合
(5)　利用者に提供する介護、福祉等サービス提供事業所内のカンファレンスのため
(6)　行政が開催する評価会議及びサービス担当者会議等の会議のため
(7)　その他介護、福祉等サービスの提供において必要な場合
(8)　上記各号に関わらず、緊急を要する報告及び連絡並びに相談等のため

3. 使用条件

(1)　個人情報の提供は必要最低限として、サービス提供に関わる目的以外に決して利用しない。　また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後及び利用契約終了後においても、第三者に漏らさない。
(2)　個人情報を使用した会議の内容や相手方について経過を記録し、請求があれば開示する。

年　　月　　日

私は、以上の定める条件のとおり、事業所が私及び親族代表者、その他の家族の個人情報を上記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供及び収集することに包括して同意しました。

利用者　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

私は、下記理由により、利用者の意思を確認したうえで、上記の署名を代行しました。

署名代行人　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

署名を代行した理由　　利用者本人に意思表明能力はあるが、筆記機能が低下しているため。

私は、利用者の後見人または利用者の親族代表者として、以上の事項について同意しました。（以下のいずれかに署名押印のこと。）

親族代表者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

利用者との関係（続柄）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ホームページ等の広報情報等作成における個人情報の利用に関する同意書

双葉ケ丘デイサービスセンター
所長　様

1. 利用期間
介護、福祉等サービス提供に必要な機関及び利用契約締結機関に準じます。

2. 利用目的
(1) 社会福祉法及び介護保険法その他の関係法令の主旨に則り、介護、福祉等のサービスを具体的に理解できるよう、その役割及び実施状況、効果等を広報するため
(2) 地域住民等が介護、福祉等のサービスを理解することにより、個人及び家族、地域社会の幸福追求及び国家における社会福祉の実現に貢献できるようにするため
(3) その他介護、福祉等サービスの利用及び提供において、ホームページ等による周知、広報等が有用であると事業所が判断したときに個人情報を適正に利用するため

3. 利用条件
(1) 個人情報は、別紙「個人情報の利用に関する同意書」の規定のほか、事業所に係るホームページ等の広報情報等作成のための目的以外に決して利用しない
(2) 本同意書でいう個人情報を利用する広報情報等とは次のとおりとする
① 事業所に関するインターネットサイトとしてのホームページ
② 事業所に関する広報誌及びパンフレット、その他の広報媒体
(3) 個人情報の利用において、特に同意を得た場合を除き次の情報は周知、広報しない
① 実氏名　② 住所　③ 生年月日　④ 電話番号　⑤ 電子メールアドレス
(4) 個人情報の利用においては次の事項を遵守する。
① 公序良俗に反する内容及び有害な情報に利用しない
② 社会福祉法及び介護保険法その他の関係法令において禁止される事項に利用しない
(5) 同意を得た個人情報をホームページ及びパンフレット、その他の広報媒体に利用した場合について、本人または親族代表者若しくはその他の家族本人からの訂正または削除の申出を事業所が受領したときは、その個人情報をホームページに掲載した後でも訂正または削除する。

年　　月　　日

私は、以上の定める条件のとおり、事業所が私及び親族代表者、その他の家族の個人情報を上記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供及び収集することに包括して同意しました。

利用者　　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

私は、下記理由により、利用者の意思を確認したうえで、上記の署名を代行しました。

署名代行人　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

署名を代行した理由　　利用者本人に意思表明能力はあるが、筆記機能が低下しているため。

私は、利用者の親族代表者として、以上の事項について同意しました。（以下のいずれかに署名押印のこと。）

親族代表者　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

利用者との関係（続柄）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿