

「指定介護予防・日常生活支援総合事業サービス」
(生活支援通所型サービス) 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
(仙台市指定 第 04A5500164 号)

当事業所はご契約者に対して介護予防・日常生活支援総合事業(生活支援通所型サービス)(以下「サービス」という。)の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「要支援」と認定された方が対象となります。
要支援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。

◇◆目次◆◇

1. 事業者.....	1
2. 事業所の概要.....	1
3. 事業実施地域及び営業時間.....	2
4. 職員の配置状況.....	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金.....	3
6. 苦情の受付について.....	6

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 仙台白百合会
- (2) 法人所在地 仙台市泉区本田町20番15号
- (3) 電話番号 022-218-3008
- (4) 代表者氏名 理事長 菅原 節雄
- (5) 設立年月 平成14年10月 9日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防・日常生活支援総合事業
「生活支援通所型サービス」
平成30年5月1日指定 仙台市 04A5500164 号
※当事業所は特別養護老人ホーム百合ヶ丘苑に併設されています。
- (2) 事業所の目的 ご契約者が、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できるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、

ご契約者の社会的孤立感の解消、心身機能の維持を図り、安心して日常生活を過ごすことができるようサービスを提供することを目的とします。

(3) 事業所の名称 百合ヶ丘デイサービスセンター

(4) 事業所の所在地 仙台市泉区本田町20番15号

(5) 電話番号 022-218-7481

(6) 管理者氏名 五十嵐 梢

(7) 当事業所の運営方針

ご契約者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、地域における「通いの場」を提供することで、利用者の社会参加や専門職の配置による機能訓練など多様なサービスを提供し、利用者の心身機能の維持回復を図る事ができるように努めます。

(8) 開設年月 平成30年 5月 1日

(9) 利用定員 各単位 5名

(10) 同事業所で提供するサービス

【通所介護】 平成16年 3月 1日指定 仙台市0475500757号

【介護予防・日常生活支援総合事業】

通所介護型サービス 平成30年 4月 1日指定 仙台市0475500757号

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 仙台市内（主に泉区）

※住所地特例対象者で仙台市に現住所を有する方は利用可能

(2) 営業日及び営業時間

営業日	火曜日、水曜日、木曜日、金曜日
営業時間（通常）	8時30分～17時30分
サービス提供時間	9時30分～11時45分、14時30分～16時45分

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して生活支援通所介護型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	配置人数	指定基準
1. 管理者	(兼務1名)	1名
2. 機能訓練指導員	(兼務5名)5名	1名
3. 支援員	(兼務3名)8名	1名
4. 看護師		必要数
5. 生活相談員		必要数
6. 管理栄養士		必要数

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 支援員	勤務時間 8:30～17:30 8:30～12:30 13:30～17:30
2. 機能訓練指導員	勤務時間 8:30～17:30 8:30～12:30 13:30～17:30

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、ご契約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負担いただく場合 |
|---|

があります。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（9割もしくは8割もしくは7割）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

①運動器機能向上サービス

- ・機能訓練指導員により、利用者の心身等の状況に応じて、運動器機能向上計画を作成し、運動器の機能向上のための機能訓練を実施します。

②生活指導

- ・利用者が快適にセンターを利用できるよう支援するとともに、安定した日常生活が続くように相談・指導します。

③健康状態の確認

- ・サービス提供開始時と終了時に、血圧・脈拍等を測定、一般的な健康状態の観察を行います。

④コミュニケーション

- ・個別の声がけをはじめ、利用者同士が気軽に会話・コミュニケーションができるように支援します。

⑤創作活動

- ・利用者の要望に応じ、手先を使用し、楽しみながら実施できる活動を実施します。

⑥各種活動

- ・ストレッチや体操などの運動プログラムや、カラオケやハンドベルなどの音楽プログラム、能トレや計算問題などの学習プログラム、書道や塗り絵、絵手紙などの創作プログラムや、そば打ちやお菓子作りなど自ら参加して頂く体験プログラム等、様々な活動を行い利用者の楽しみになるよう支援します。

⑦送迎サービス

- ・利用者の自宅とセンター間を安全・快適に往復できるよう、職員が運転する専用車で送迎します。

<サービスの利用頻度>

☆利用する曜日や内容等については、介護予防サービス計画に沿いながら、ご契約者と協議の上決定し、介護予防通所介護計画書に定めます。

☆但し、ご契約者の状態の変化、介護予防サービス計画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。

<サービス利用料金(1月あたり)> (契約書第6条参照)

下記の料金表によって、ご契約者の要支援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)をお支払い下さい(表の介護費用計は自己負担額です)。

【専門的サービス提供あり】

利用回数	基本利用料	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
週1回計画	月/15,466円	1,547円	3,094円	4,640円
	回/ 3,871円 月4回上限	388円	775円	1,162円
週2回計画 (要支援2の状態の方)	月/30,943円	3,095円	6,189円	9,283円
	回/ 3,871円 月8回上限	388円	775円	1,162円
専門的なサービス以外と併用する場合	回/ 3,871円 1回につき	388円	775円	1,162円

(注1) 上記の基本料金は、「仙台市介護予防・日常生活支援総合事業における訪問介護型サービス、通所型サービス、生活支援訪問型サービス及び生活支援通所型サービスに要する費用の額の算定に関する要綱」で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は事前に新しい基本利用料を文面でお知らせいたします。

【加算：生活支援通所型サービス】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件(概要)	加算額			
		基本利用料	利用者負担(1割)	利用者負担(2割)	利用者負担(3割)
若年性認知症利用者受入加算	対象の利用者毎に個別の担当を定め、その職員を中心にニーズに応じたサービスを提供した場合	2,464円	247円	493円	750円
生活機能向上グループ活動加算	生活機能の向上に対して実施される日常生活上の支援を行った場合	1,027円	103円	206円	309円
運動器機能向上加算	機能訓練指導員を配置し、運動器の機能向上を目的として個別に実施される機能訓練を行った場合	2,310円	231円	462円	693円

栄養改善加算	管理栄養士により、低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される栄養食時相談等の栄養管理を行った場合		2,054円	206円	411円	617円
※サービス提供体制強化加算(I)イ	別に厚生労働大臣が定めている基準に適合している場合	事業対象者	903円	91円	181円	271円
		要支援1	903円	91円	181円	271円
		要支援2	1,807円	181円	362円	543円
※事業所等連携加算	地域包括支援センター等関係事業所との月1回以上の情報共有を実施・記録。必要に応じて個別サービス計画に反映させた場合		1,027円	103円	206円	309円
※介護職員処遇改善加算I	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を満たした場合		ご利用いただいた合計単位数×0.059(加算率 5.9%) ×10.27 の1割又は2割又は3割の金額			
※介護職員等特定処遇改善加算I	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を満たした場合		ご利用いただいた合計単位数×0.012(加算率 1.2%) ×10.27 の1割又は2割又は3割の金額			
※介護職員等ベースアップ等支援加算	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を満たした場合		ご利用いただいた合計単位数×0.011(加算率 1.1%) ×10.27 の1割又は2割又は3割の金額			

(注2)※該当の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(注3) 上記の基本料金は、「仙台市介護予防・日常生活支援総合事業における訪問介護型サービス、通所型サービス、生活支援訪問型サービス及び生活支援通所型サービスに要する費用の額の算定に関する要綱」で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は事前に新しい基本利用料を文面でお知らせいたします。

(2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第6条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

- ① 介護保険給付の支給限度額を超える指定介護予防・日常生活支援総合事業サービスの利用
介護保険給付の支給限度額を超えてサービス利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。
- ② 創作活動、各種活動
どの活動も基本的に料金はありませんが、活動内容により材料代等の実費をいただく場合がございます。
- ③ 複写物の交付
ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。
コピー1枚につき 10円

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1か月ごとに計算しご請求いたしますので、翌月27日までに

下記のいずれかの方法でお支払ください。

- ① 口座振替
- ② 施設指定口座への振込による支払い

振込先銀行口座・名義 仙台銀行 松陵支店 普通口座 2394881
口座名 社会福祉法人仙台白百合会
百合ヶ丘デイサービスセンター 所長 五十嵐 梢

※振込手数料は、契約者のご負担とさせていただきます。

- ③ 窓口で現金にて支払い (9:00～17:00までの時間内をお願いいたします)

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第7条参照)

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加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に出してください。

○月のサービス利用日や回数については、原則、事業対象者および要支援1の方は週1回、要支援2の方は週2回となっておりますが、契約者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置づ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。

○ご契約者の体調不良や状態の改善等により介護予防通所介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、又は多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はしません。

○原則、月ごとの定額制となっておりますが、月の途中から利用を開始した場合や、以下に該当する場合は、利用回数での計算となります。

一、月途中で要介護から要支援に変更となった場合

二、月途中で要支援から要介護に変更となった場合

☆月途中で要支援度に変更となった場合には、利用回数による計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

○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契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. 苦情の受付について (契約書第20条参照)

(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用窓口で受け付けます。

○苦情解決責任者

[職氏名] 所長 五十嵐 梢

○苦情受付窓口 (担当者)

[職氏名] 副所長兼生活相談員 八島 正美

在宅支援主任兼介護員兼支援員

兼生活相談員 高山 雅美

第三者委員 土井 敬子 TEL 022-372-3029
 第三者委員 千葉 訓偉 TEL 022-220-0166
 ○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:30～17:30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

仙台市泉区役所 障害高齢課介護保険係	所在地 仙台市泉区泉中央2丁目1-1 電話番号 022-372-3111
泉中央地域包括支援センター	所在地 仙台市泉区泉中央2丁目16-1 電話番号 022-372-8079
将監地域包括支援センター	所在地 仙台市泉区将監10丁目18-13 電話番号 022-772-5501
向陽台地域包括支援センター	所在地 仙台市泉区向陽台4丁目7-14-102 電話番号 022-372-3111
松森地域包括支援センター	所在地 仙台市泉区松森字西沢26-1 電話番号 022-772-6220
仙台市健康福祉局 介護保険課介護保険係	所在地 仙台市青葉区国分町3丁目7-1 電話番号 022-214-5225
宮城県仙台保健福祉事務所	所在地 仙台市青葉区堤通雨宮町4-17 県仙台合同庁舎 電話番号 022-275-9135
宮城県消費生活センター	所在地 仙台市青葉区錦町一丁目1-20 電話番号 022-261-5161
宮城県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口	所在地 仙台市青葉区上杉1丁目2-3 電話番号 022-222-7700

令和 年 月 日

指定介護予防・日常生活支援総合事業サービス「生活支援通所型サービス」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。

百合ヶ丘デイサービスセンター

説明者 職名

氏名

印

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、指定介護予防・日常生活支援総合事業サービス「生活支援通所型サービス」の提供開始に同意しました。

利用者住所

氏名

印

個人情報使用同意書

私 _____ (利用者) およびその家族の個人情報に関しましては、次に掲げるところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1, 使用する目的

利用者の処遇に関係する必要なサービス関係担当者会議（ケースカンファレンス、介護計画作成等）、関係する地域包括支援センターへの情報提供、利用開始又は中止時の情報提供及び行政関係指導監査等において必要な場合に使用する。

2, 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の使用は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限の情報に留め、関係者以外には決して漏れることのないように最新の注意を払って管理すること。
- ② 個人情報を使用した年月日、相手方、会議等、内容、担当者について記録しておくこと。

令和 年 月 日

社会福祉法人仙台白百合会

百合ヶ丘デイサービスセンター 宛

利用者：住 所 _____

氏 名 _____

印 _____

利用者家族代表：住 所 _____

氏 名 _____

印 _____

<重要事項説明書付属文書>

1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上4階、地下1階
- (2) 建物の延べ床面積 426.56㎡
- (3) 事業所の周辺環境 閑静な住宅街の高台に位置し、西に蔵王連峰、泉ヶ岳を一望できる見晴らしの良い環境です。

2. 職員の配置状況

<配置職員の職種>

支援員…ご契約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。

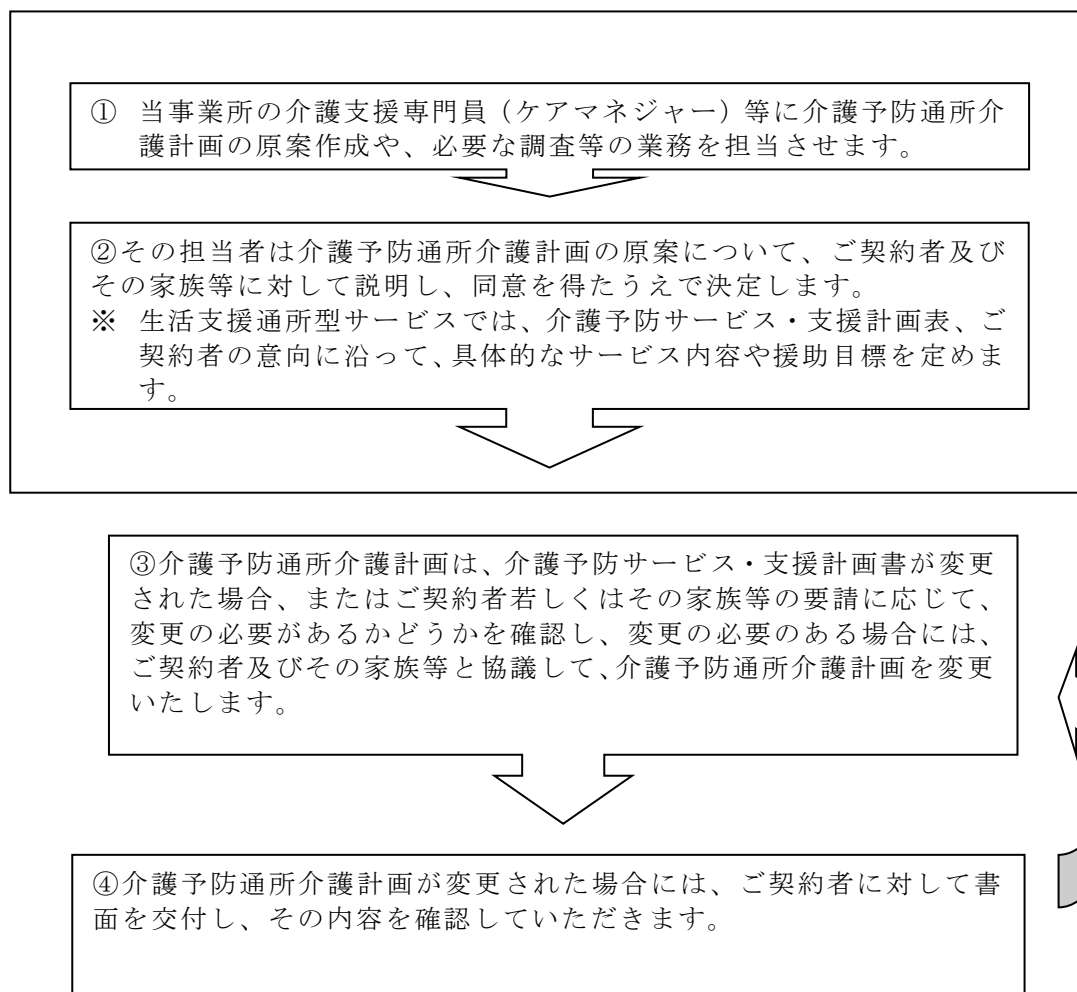
定員5名に常勤換算で1名の支援員を配置しています。

機能訓練指導員…ご契約者の機能訓練を担当します。

1名(内1名兼務)の機能訓練指導員を配置しています。

3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) ご契約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、「介護予防サービス・支援計画書(ケアプラン)」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「介護予防通所介護計画」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。(契約書第3条参照)



(2) ご契約者に係る「介護予防サービス・支援計画書（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

①要支援認定を受けている場合

- 地域包括支援センターの連絡等必要な支援を行います。
- 介護予防通所介護計画を作成し、それに基づき、ご契約者にサービス提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。(償還払い)

②要支援認定を受けていない場合

- 地域包括支援センターの紹介等必要な支援を行います。
- 介護予防通所介護計画を作成し、それに基づき、ご契約者にサービス提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。(償還払い)

4. サービス提供における事業者の義務（契約書第9条、第10条参照）

当事業所では、ご契約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ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③ご契約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、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑤事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又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、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
 - ・サービス担当者会議など、契約者に係る他の介護予防・日常生活支援総合事業事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、契約者またはその家族等の個人情報を用いることができます。

5. サービスの利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意（契約書第11条参照）

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 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できません。

(2) 喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

6. 損害賠償について（契約書第 12 条、第 13 条参照）

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。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

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、契約締結の日から契約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 日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、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ない限り、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には、当事業所との契約は終了します。（契約書第 15 条参照）

- ①ご契約者が死亡した場合
- ②要介護認定又は要支援認定によりご契約者の心身の状況が要介護又は自立と判定された場合
- ③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
- ④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
- 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
- ⑥ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 16 条、第 17 条参照）

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ください。

ただし、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ご契約者が入院された場合
- ③ご契約者の「介護予防サービス・支援計画書(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契約者の身体・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

(2) 事業者からの契約解除の申し出 (契約書第 18 条参照)

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ご契約者が、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ご契約者による、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ご契約者が、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、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(3) 契約の終了に伴う援助 (契約書第 15 条参照)

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、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。

8. 緊急時における対応方法

サービス提供中にご契約者の体調や容態の急変、その他の緊急事態が生じた際は、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

		①	②
ご契約者の主治医	医療機関の名称		
	医師氏名		
	所在地		
	電話番号		
緊急連絡先(家族等)	氏名		
	続柄		
	連絡可能な電話番号		