

通所介護・介護予防日常生活支援総合事業

第1号通所事業（通所介護相当サービス）

サービス重要事項説明書

当施設は、介護保険（介護給付）の指定を受けています。
（宮城県指定0472700467号）

当施設は介護予防日常生活支援事業第1号通所事業（通所介護相当）の指定を受けています。

（富谷市指定）
（大和町指定）
（大郷町指定）

当施設は、ご契約者に対して通所介護・介護予防日常生活支援総合事業第1号通所事業（通所介護相当サービス）（以下「第1号通所事業」（通所介護相当サービス）といいます）を提供します。施設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とおり説明します。

1. 施設経営
- （1）法人名

（2）法人所在地

（3）電話番号

（4）代表者氏名

（5）設立年月日
- 有限会社ケアオフィス

宮城県富谷市ひより台2丁目23番地9

022-358-3684

佐々木 弘俊

2004年1月5日

2. ご利用施設

- （1）施設の種類の

（2）施設の目的

（3）施設の名称

（4）施設所在地

（5）電話番号

（6）FAX番号

（7）施設長

（8）管理者
- 通所介護・第1号通所事業「通所介護相当サービス」（デイサービス）

要支援認定、要介護認定を受けた方々に対しその能力に応じ、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、日常生活上の支援・送迎及び入浴介助、機能訓練を目的として、以下に示す施設において、サービスを提供します。

「デイサービス」

宮城県富谷市ひより台2丁目24-9

022-358-2911

070-1436-3117

022-358-2912

佐々木 一史

柄澤 幹

（9）当施設の運営方針 利用者の人権及び個性を尊重し、一人ひとりの特性とニーズに応じた通所介護・第1号通所事業（通所介護相当サービス）計画を策定し、利用者本意の質の高い多様なサービスが提供できるように努めるとともに、家族及び保健・医療機関との連携を密として、心身機能の低下防止を図り、生活リズムの安定化を保ち、楽しみと安らぎの持てる、明るくなごやかな生活環境づくりに努めます。併せて、関係機関・関係団体との綿密な協議を行い、施設の専門性と機能を十分発揮して、地域のニーズに応じた事業を積極的に展開し、住民の信頼と期待に答える地域福祉サービスの推進に取り組みます。

（10）開設年月日 2004年6月1日

（11）利用定員 1単位目 35名
2単位目 35名

3. 事業実施地域及び営業時間

（1）通常の事業実施地域 仙台市泉区一部、富谷市、黒川郡大和町、大郷町、大衡村一部

（2）営業日および営業時間（但し、年末年始、定休日は年度ごとに決定する）

営業日	月～土
営業時間	月・火・木・金 午前8時～午後6時 水・土 午前8時～午後5時
サービス提供時間	月・水 午前9時～午後3時 火・木・金・土 午前9時～午後4時

4. 職員の配置状況

当施設では、ご契約者に対して通所介護・介護予防通所介護・第1号通所事業（介護予防通所介護相当）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・職種の配置状況・勤務体制）

職種	人員
1. 管理者	1（常勤）
2. 介護職員	5名以上（うち1名以上は常勤とする）
3. 生活相談員	1名以上（うち1名以上は常勤とする）
4. 機能訓練指導員	1名以上（うち常勤専従は1名以上とする）
5. 看護職員	1名以上

※介護保険加算算定基準に準じた配置をとっております。

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

（1）サービスの概要

日常生活上の支援・送迎及び入浴サービス、機能訓練（パワーリハビリテーション含む）
※当施設における機能訓練とは機能訓練担当者により、ご契約者の心身の状況に応じて、その人らしい日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するために行う訓練、また日常生活動作においての課題に対する指導、応用訓練を指す。

（2）利用料金

別紙-1-1～3-3 参照

（3）利用料金のお支払い方法

前記（2）の料金のお支払い方法は、事業者と利用者の協議の上で決定します。

（4）利用中止、変更、追加

・ 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、通所介護・第1号通所事業（通所介護相当サービス）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出来ます。この場合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、取り消し料として下記の料金をお支払い頂く場合があります。但し、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、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
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日利用料金の10% （自己負担額）

6. 事故発生時における対応について（通所介護・介護予防日常生活支援総合事業「通所介護相当サービス」契約書第21条参照）

（1）当施設において、通所介護・第1号通所事業（通所介護相当サービス）を実施中に利用者の症状が急変、その他の緊急事態が生じた時は速やかに主治医に連絡する等の措置を講じます。

（2）送迎、介護サービス事故を補償するにあたり、任意自動車保険、傷害保険の加入保険会社の査定する一般的な補償金額で補償します。

7. クレームの受付について（通所介護・介護予防日常生活支援総合事業「通所介護相当サービス」契約書第20条参照）

（1）当施設におけるクレームの受付

1. クレーム解決責任者 佐々木 弘俊 代表取締役
2. 第三者委員 玉川 明朗 東北大学 大学院医学系研究科 助教授
小野寺 雅浩 みやび歯科医院院長

クレームやご相談は以下の窓口で受け付けます

3. クレーム受付担当者 施設長 佐々木 一史、管理者 柄澤 幹

受付時間 月～土曜日 午前9時～午後5時

電話番号 022-358-2911

FAX番号 022-358-2912

携帯番号 070-1436-3117

その他、クレームやご相談窓口と致しまして下記窓口でも受け付けております。

1. 宮城県国民健康保険団体連合会（国保連）介護保険課 介護相談室

受付時間 平日（月～金） 午前9時～午後4時（年末年始・祝日除く）
電話番号 022-222-7700（直通）

※郵送の場合・・・〒980-0011仙台市青葉区上杉1丁目2番3号
宮城県国民健康保険団体連合会 介護保険課 宛て

2. 各市町村介護保険窓口
富谷市・・・富谷市保健福祉総合支援センター（022-348-1138）
大和町・・・大和町役場保健福祉課介護保険係（022-345-7221）
大郷町・・・大郷町社会福祉協議会地域包括支援センター
（022-341-1414）
仙台市泉区（北部）・・・向陽台地域包括支援センター
（022-343-1512）
大衡村・・・大衡村地域包括支援センター（022-345-6060）

3. 担当ケアマネジャー

8. 第三者評価の実施状況

「デイサービスけあふる」では、自ら第三者評価を受審し、サービスの質の向上や事業の透明性の確保に努めております。

1. 直近の実地調査実施日 令和4年11月8日
2. 評価実施機関 特定非営利活動法人

介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ

3. 評価結果の開示状況 『介護サービス情報公表システム』にて掲載

4. 実地調査以外の評価 実地調査の対象とならない年には、年1回上記『介護サービス情報公表システム』内に更新情報を入力登録しております。

附則

この規定は、令和7年5月1日より施行する。

個人情報使用の同意

本契約者、及びその家族の個人情報に関しては、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次項の署名をもって同意します。

記

1 使用する目的

①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）、関係居宅サービス事業所への情報提供、利用開始又は中止の情報提供、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科学的介護情報システム（LIFE）への算定に係る必要項目（各種計画・身体状況や日常生活での動作等を聞き取りし数値化したもの等）のデータを入力提出に使用する。

③けあふるにおける利用中のイベントの様子や、誕生日等、ご本人様またご家族様及びケアマネージャー様向けのお知らせ『けあふる新聞』（仮名）への写真の掲載。

2 使用にあたっての条件

① 個人情報の使用は、1-①に記載する目的の範囲内で必要最小限の情報の留め、関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払って管理すること。

1-②においても、誕生日のお祝い等、氏名や年齢を掲載するに当たっては、都度、本人・ご家族様に確認後の掲載とします。

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

通所介護・第1号通所事業（通所介護相当サービス）の開始に際し、本書面に基づき通所介護・介護予防日常生活支援総合事業第1号通所事業（通所介護相当サービス）契約書および重要事項ならびに個人情報使用についての説明を行いました。

サービス提供事業者

住所 宮城県富谷市ひより台2丁目23番地9

事業者名 有限会社 ケアオフィス

代表者 佐々木 弘俊

説明者

私は、本書面に基づいて事業者から本契約および重要事項ならびに個人情報使用についての説明を受け、通所介護・第1号通所事業（通所介護相当サービス）の提供開始に同意しました。

利用者住所

利用者氏名

（代理の場合）

氏名（続柄）

※上記の契約および重要事項ならびに個人情報についての同意を証するため、本書2通を作成し、契約者・事業者が記名の上、各1通を保有するものとします。