

様

「指定地域密着型通所介護」
「指定相当通所型サービス」

清優館デイサービスセンター 重要事項説明書

清優館デイサービスセンターは介護保険の指定を受けています。
(宮城県指定 第0470202227号)

令和6年6月1日改定

指定地域密着型通所介護・指定相当通所型サービス
清優館デイサービスセンター 重要事項説明書

◆◇目 次◇◆

1. 施設経営法人	1
2. ご利用施設	2
3. 職員の配置状況等	4
4. 介護保険給付等の対象となるサービス	5
5. 介護保険給付等の対象とならないサービス	10
6. 利用料金のお支払い方法	10
7. 利用中止に伴うキャンセル料金	11
8. サービス利用中の医療について	11
9. 相談・苦情等の受付について	11
10. 事故の対応と損害賠償責任について	12
11. 身体拘束の廃止について	12
12. 人権擁護・虐待防止について	12
13. サービスのご利用に関する留意点	12

注) 特に注意書きがない箇所については、地域密着型通所介護サービス（要介護1～5）
又は指定相当通所型サービス（要支援1・2及び介護予防・生活支援サービス事業対象
者）を含んだものとなっています。

1. 施設経営法人

- (1) 法人名 社会福祉法人 旭 壽会 きょくじゅかい
- (2) 法人所在地 宮城県石巻市北村字幕ヶ崎一 1 7 番地 2
- (3) 電話番号 0 2 2 5 - 7 3 - 2 3 2 3
- (4) 代表者名 理事長 かんの たかし 菅野 隆
- (5) 設立年月日 平成 3 年 1 0 月 2 5 日

(6) 経営事業

河南第 1 事業所 (宮城県石巻市北村字幕ヶ崎一 1 7 番地 2)

- 特別養護老人ホーム一心苑
指定介護老人福祉施設
指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護

河南第 2 事業所 (宮城県石巻市北村字庵ノ窪 1 番地 1)

- 一心苑デイサービスセンター
指定通所介護
指定相当通所型サービス (石巻市、東松島市、登米市)
- 旭寿会訪問介護センター
指定訪問介護
指定相当訪問型サービス (石巻市、東松島市、登米市)
- 旭寿会ケアサポートセンター
指定居宅介護支援
- シニアホームかなん
サービス付き高齢者向け住宅

雄勝事業所 (宮城県石巻市雄勝町小島字和田 1 2 3 番地)

- 特別養護老人ホーム雄心苑
指定介護老人福祉施設
指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護
障害福祉サービス事業 (短期入所)、石巻市地域生活支援事業 (日中一時支援)
- 石巻市雄勝デイサービスセンター
指定地域密着型通所介護、指定相当通所型サービス (石巻市)
石巻市地域生活支援事業 (日中一時支援)
- 石巻市雄勝地域包括支援センター
地域包括支援センター
指定介護予防支援、介護予防ケアマネジメント (石巻市)

牡鹿事業所 (宮城県石巻市鮎川浜清崎山 7 番地)

- 特別養護老人ホームおしか清心苑
指定介護老人福祉施設
指定短期入所生活介護、指定介護予防短期入所生活介護
- 清優館デイサービスセンター
指定地域密着型通所介護、指定相当通所型サービス (石巻市)
- 石巻市牡鹿地域包括支援センター
地域包括支援センター
指定介護予防支援、介護予防ケアマネジメント (石巻市)

2. ご利用施設

- (1) 施設の種類 ①指定地域密着型通所介護
②指定相当通所型サービス

(2) 施設の目的

- ①指定地域密着型通所介護は、介護保険法令に従い、ご利用者（ご契約者）がその有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるように支援するとともに、ご利用者を居宅等にて介護しているご家族等の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的として、通所介護サービスを提供します。
- ②指定相当通所型サービスは、介護保険法令に従い、「日常生活上の基本動作がほぼ自立し、状態の維持・改善可能性の高い」ご利用者がその有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるように支援するとともに、ご利用者を居宅等にて介護しているご家族等の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的として、ご利用者の状態に即した自立支援と「目標志向型」のサービスを提供します。

- (3) 施設の名称 清優館デイサービスセンター

- (4) 施設所在地 宮城県石巻市鮎川浜清崎山7番地

- (5) 電話番号 0225-44-1380

- (6) 所長名 所長 鈴木 静江

(7) 運営方針

- 一 事業所の従業者は、要介護状態等の心身の特性を踏まえて、その利用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、さらに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その家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行う。
- 二 事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供に努めるものとする。
- 三 明るく家庭的な雰囲気のもと、地域や家庭との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図るよう努めるものとする。

- (8) 開設年月日 平成24年4月1日（指定年月日 平成24年4月1日）

- (9) 利用定員 10人

（指定地域密着型通所介護、指定相当通所型サービスを合わせた人数）

- (10) 営業日 月曜日～金曜日

- (11) 休日 土曜日、日曜日、年末年始（12月31日～1月3日）

- (12) 営業時間 午前9時30分～午後3時30分

(13) 施設の概要

- * 建物構造 : 鉄筋コンクリート造（石巻市保健福祉センター内）
- * 延床面積 : 2,509.57㎡のうちの1,031.03㎡
- * 併設事業

- ①指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホームおしか清心苑）
宮城県0470200965号
平成15年4月1日指定

②指定短期入所生活介護（特別養護老人ホームおしか清心苑）

定員10名
宮城県0470200965号
平成15年4月1日指定

③指定介護予防短期入所生活介護（特別養護老人ホームおしか清心苑）

宮城県0470200965号
平成18年4月1日指定

④指定介護予防支援（石巻市牡鹿地域包括支援センター）

宮城県0400200127号
平成24年4月1日指定

(14) 施設の周辺環境

太平洋・鮎川湾を一望する高台に建ち、緑豊かな場所にあります。石巻市立牡鹿病院は隣接しており、商店街へは車で5分程度です。

(15) 設備及び備品等の概要

デイサービスセンターでご用意している主な設備等は以下のとおりです。全箇所冷暖房完備となっております。

主な設備の種類	室数	面積	備考
食堂及び機能訓練室	1室	㉠201.35㎡	定員10名÷㉠＝1人@20.1㎡ (居宅基準第95条 1人@3.0㎡)
養護室	1室	49.51㎡	
浴室	1室	36.99㎡	特殊浴1、普通浴2
相談室	1室	20.36㎡	
事務室	1室	10.28㎡	

注1) 上記は、厚生労働省が定める基準により、指定地域密着型通所介護に必置が義務づけられている施設・設備です。この施設・設備のご利用にあたって、ご利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

注2) 消火設備その他の非常災害に際して必要な設備（消防法その他の法令等に規定された設備の設置等）を備えております。

3. 職員の配置状況等

デイサービスセンターでは、ご利用者に対して通所介護サービスを提供する職員として、指定基準を遵守した以下の職種の職員を配置しています。

職 種	実人員	常勤換算後の人員	指定基準
1. 所 長（管理者） ※おしか清心苑施設長他と兼務	1	0.1	1
2. 副 所 長 ※生活相談員と兼務	1 (1)	0.1	-
3. 生活相談員 ※介護員と兼務	2 (2)	1.0	1
4. 介 護 員 ※2名は生活相談員と兼務 1名は業務員と兼務	4 (3)	1.85	1
5. 機能訓練指導員 ※看護師と兼務	1	0.2	1
6. 業 務 員 ※介護員と兼務	1 (1)	0.65	-
合 計	5	3.95	

注1) 実人員の () は兼務者の内数

注2) 指定基準数は、指定地域密着型通所介護の10人の利用予定者数に対しての基準数です。

注3) 常勤換算とは、職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を、当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週40時間）で除した数です。

(例) 週30時間勤務のパート介護職員が4名いる場合、常勤換算では3名となります。

式 : $30\text{時間} \times 4\text{名} \div 40\text{時間} = 3\text{名}$

4. 介護保険給付等の対象となるサービス

以下のサービスは、利用料金の9割から7割が介護保険又は第一号事業支給費から給付されます。利用されるサービスの利用料金から、介護保険給付等の額を除いた金額(=自己負担額)をお支払い下さい。サービスの利用料金は、ご利用者の要介護状態等区分に応じて異なります。また、自己負担額は「介護保険負担割合証」に基づく負担割合に応じて異なります。

□サービスの概要

①食 事 (食費は別途ご負担いただきます)

◇デイサービスセンターでは栄養士の立てる献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状態及び嗜好を考慮した食事を提供します。

◇食事時間 午後12:00～午後1:00

②入 浴

◇普通浴槽・特殊浴槽の2種類あります。ご利用者の心身等の状態に配慮した入浴サービスを提供します。

◇入浴時間 午前10:00～午前11:30

※ただし、行事等により時間が変更する場合があります。

③身体介護

◇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、排泄の自立を促すための援助を行います。

◇ご利用者の状況に応じて適切な移動時、移乗時の介助を行います。

④機能訓練

◇看護・介護職員により、ご利用者の心身等の状況に応じて、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の訓練を実施します。

⑤通常の事業範囲における送迎サービス

◇介護保険給付等の対象となるのは、下記の通常の送迎範囲に限ります。ただし、通常の送迎範囲以外の地域であっても、特別な事情等があり、事業所が認めた場合は、送迎サービスを行いません。

<通常の事業の実施地域>

狐崎浜、小積浜、鹿立、竹浜、鮎川大町、鮎川浜、鮎川浜丁、大谷川浜、大原浜、小渕浜、給分浜、十八成浜、小網倉浜、鮫浦、清水田浜、泊浜、新山浜、谷川浜、前網浜、寄磯浜

(1) 通所介護の体制等状況及びサービス利用料金

□体制等状況一覧表

施設等の区分	地域密着型通所介護事業所
職員の欠員による減算	なし
時間延長サービス体制	対応不可
高齢者虐待防止措置実施の有無	基準型
業務継続計画策定の有無	基準型
共生型サービスの提供	なし
生活相談員配置等加算	なし
入浴介助体制	あり
中重度者ケア体制加算	なし
生活機能向上連携加算	なし
個別機能訓練体制	なし
ADL維持等加算	なし
認知症加算	なし
若年性認知症利用者受入加算	あり
栄養改善体制	なし
口腔機能向上体制	なし
個別送迎体制強化加算	なし
入浴介助体制強化加算	なし
サービス提供体制強化加算 (I)	あり 22単位
	※計22単位
介護職員等処遇改善加算 (I)	基本料金と加算料金の月額合計の 9.2%

■地域密着型通所介護利用料（日額）

令和6年6月1日改定

サービス提供時間：9時30分から15時30分（6時間以上7時間未満）

要介護状態区分		要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
基準利用料金		6,780円	8,010円	9,250円	10,490円	11,720円
加算料金	サービス提供体制強化加算（I）	220円				
計		7,000円	8,230円	9,470円	10,710円	11,940円
1割負担	うち、介護保険等から給付される金額	6,300円	7,407円	8,523円	9,639円	10,746円
	サービス利用にかかる自己負担額	700円	823円	947円	1,071円	1,194円
2割負担	うち、介護保険等から給付される金額	5,600円	6,584円	7,576円	8,568円	9,552円
	サービス利用にかかる自己負担額	1,400円	1,646円	1,894円	2,142円	2,388円
3割負担	うち、介護保険等から給付される金額	4,900円	5,761円	6,629円	7,497円	8,358円
	サービス利用にかかる自己負担額	2,100円	2,469円	2,841円	3,213円	3,582円

注1）基準利用料金は、サービス提供時間が6時間以上7時間未満の場合の利用料金となります。サービス提供時間を短縮又は延長された場合は、基準利用料金の増減があります。9時間以上の利用延長には対応できません。

注2）「若年性認知症利用者受入加算」として、若年性認知症利用者に対してサービス提供を行った場合は、1日につき60円（2割負担：120円、3割負担：180円）が加算されます。

注3）送迎料金は利用料に含まれますので、自己負担はありません。

■その他の利用料（日額）

その他のサービス		入浴介助体制
加算料金		400円
1割負担	うち、介護保険から給付される金額	360円
	サービス利用にかかる自己負担額	40円
2割負担	うち、介護保険から給付される金額	320円
	サービス利用にかかる自己負担額	80円
3割負担	うち、介護保険から給付される金額	280円
	サービス利用にかかる自己負担額	120円

注4）基準利用料金と加算料金の月額合計には、「介護職員等処遇改善加算（I）」として、9.2%が加算されます。

(2) 指定相当通所型サービスの体制等状況及びサービス利用料金

職員の欠員による減算	なし
若年性認知症利用者受入加算	あり
高齢者虐待防止措置実施の有無	基準型
業務継続計画策定の有無	基準型
生活機能向上グループ活動加算	なし
運動器機能向上体制	なし
栄養改善体制	なし
口腔機能向上体制	なし
選択的サービス複数実施加算	なし
事業所評価加算	なし
サービス提供体制強化加算 (I)	あり
介護職員等処遇改善加算 (I)	基本料金と加算料金の月額合計の9.2%

■指定相当通所型サービス利用料

令和6年6月1日改定

① 1週当たりの標準的な回数を定める場合 (月額)

要支援状態等区分		要支援1 (通所型サービス1)	要支援2 (通所型サービス2)
基準利用料金		17,980円	36,210円
サービス提供体制強化加算 (I)		880円	1,760円
計		18,860円	37,970円
1割負担	うち、介護保険から給付される金額	16,974円	34,173円
	サービス利用にかかる自己負担額	1,886円	3,797円
2割負担	うち、介護保険から給付される金額	15,088円	30,376円
	サービス利用にかかる自己負担額	3,772円	7,594円
3割負担	うち、介護保険から給付される金額	13,202円	26,579円
	サービス利用にかかる自己負担額	5,658円	11,391円

注1) 送迎料金は利用料に含まれますので、自己負担はありません。

注2) 「若年性認知症利用者受入加算」として、若年性認知症利用者に対してサービス提供を行った場合は、上記の自己負担額に1か月につき240円(2割負担:480円、3割負担:720円)が加算されます。

注3) 基準利用料金は月毎の定額制となっていますが、月の途中で要支援度の区分変更や、利用されるサービスの変更等が生じた場合等は、日割り計算を行います。

②日割り計算の場合

要支援状態等区分		通所型サービス 1 (要支援 1・事業対象者)	通所型サービス 2 (要支援 2・事業対象者)
基準利用料金		590円	1,190円
1割負担	うち、介護保険から給付される金額	531円	1,071円
	サービス利用にかかる自己負担額	59円	119円
2割負担	うち、介護保険から給付される金額	472円	952円
	サービス利用にかかる自己負担額	118円	238円
3割負担	うち、介護保険から給付される金額	413円	833円
	サービス利用にかかる自己負担額	177円	357円

注) 送迎料金は利用料に含まれますので、自己負担はありません。

③その他の加算／減算

上記①又は②の自己負担額には、以下のとおり料金を加算する場合、又は減算する場合があります。

・サービス提供体制強化加算（I）

介護福祉士や勤続年数の長い職員の配置により、ご利用者一律にいただく加算です。
要支援1相当 1月につき88円（2割負担：176円、3割負担：264円）が加算されます。
要支援2相当 1月につき176円（2割負担：352円、3割負担：528円）が加算されます。

・若年性認知症利用者受入加算

若年性認知症利用者に対してサービス提供を行った場合は、上記①、②の自己負担額に1月につき240円（2割負担：480円、3割負担：720円）が加算されます。

・送迎未実施減算

送迎を行わなかった場合は、片道につき47円（2割負担：94円、3割負担：188円）

・介護職員等の処遇改善に係る加算

基準利用料金と加算料金の月額合計には、介護職員等処遇改善加算 I として9.2%が加算されます。

5. 介護保険給付等の対象とならないサービス

以下のサービスは利用料金の全額がご利用者の負担となります。

ただし、実費以外の利用料金については、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。その場合は、事前に変更の内容と変更する事由についてご説明いたします。

■サービスの概要と基本料金

- ①**食費** ご利用者にご提供する食事にかかる費用です（おやつ代を含みます）。

利用料金：1日あたり600円

- ②**行事・クラブ・レクリエーション活動**

ご利用者の希望により、行事やクラブ活動等に参加していただくことができます。

その内容により、材料費や入場料等の実費をいただくことがあります。この場合は、事前に金額等の説明を行い、ご了解の上参加していただきます。

（例：入場料、弁当代、特別な創作品材料費など）

- ③**複写物（コピー）の交付**

ご利用者及びご家族等は、サービスの提供についての記録をいつでも閲覧できます。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。

利用料金：1枚あたり10円

- ④**通常の事業の実施範囲を越えての送迎**

利用料金：1kmあたり80円

6. 利用料金のお支払い方法（契約書第6条参照）

前記4、5のサービス利用料金を1ヶ月ごとに計算し、当月の合計額の請求書に明細を付して、翌月15日までにご契約者にお渡しします。

ご契約者は、この請求書に基づき、当月のサービス利用料金の合計額を、翌月の末日までに、次のいずれかの方法で事業者にお支払いください。

- ①事業者が指定する郵便振替用紙で郵便局への支払い

- ②ご契約者等の郵便局口座からの自動払い込み（自動引落、手数料は事業者負担）

ご契約者等の郵便口座より自動振替を行っています。指定の「自動払込利用申込書」に引落し可能な口座名義・番号とお届け印を捺印していただき、最寄の郵便局に提出していただきます。

- ③七十七銀行口座からの口座振替（自動引落）（手数料は事業者負担）

ご契約者等の七十七銀行本・支店の口座より自動振替を行っています。指定の「預金口座振替依頼書」に引落し可能な口座名義・番号とお届け印を捺印していただき、七十七銀行の鮎川支店に提出していただきます。

④下記指定金融機関口座へのお振込み（手数料はご契約者負担）

金融機関名 七十七銀行 鮎川支店
普通預金 5075033
口座名義 社会福祉法人 きょくじゅかい 旭 寿会
せいゆうかん 清優館デイサービスセンター
所長 すずき しずえ 鈴木 静江

7. 利用中止に伴うキャンセル料金

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で、 利用者の体調不良など正当な理由がない場合	・当日の利用料金の10% （自己負担相当額） ・食費

8. サービス利用中の医療について

- ①ご利用者が、指定する主治医（かかりつけ医）や医療機関がある場合は、その医療機関と連絡をとり必要な措置が受けられるよう配慮します。
- ②ご利用中、通院が必要となった場合は、原則としてご家族等にさせていただくこととなります。ご家族等が出来ない場合は職員が代行します。
- ③ご利用者の心身の状態に急変があった場合は救急車を要請します。

9. 相談・苦情等の受付について

（1）デイサービスにおける相談・苦情の受付

サービスに対する相談や苦情等は以下の窓口と担当者が受け付けます。

■苦情受付窓口 担 当 者 生活相談員 ふじい じゅんじ 藤井 順治
電話番号 0225-44-1380
受付時間 毎日9：00～17：00

注）担当者が不在の場合は、他職員が責任を持って対応いたします。

（2）その他の相談・苦情受付機関

石巻市役所 保健福祉部 介護福祉課	所在地 〒986-8501 石巻市穀町4番1号 TEL 0225 - 95 - 1111（代表） FAX 0225 - 92 - 5791 受付時間 8：30～17：00
----------------------	--

注）上記以外に、ご利用者の保険者である各市町村ならびに国民健康保険団体連合会等でも受付しています。

10. 事故の対応と損害賠償責任について

(1) 事業所における事故等の対応について

事業者は、事業所で提供するサービスの実施中に事故が生じた場合には、速やかにご利用者の家族・市町村・担当の居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）等に連絡して必要な措置を講じます。

(2) 損害賠償責任について

事業者は、事業所で提供するサービスの実施にともなって、事業者の責に帰すべき事由によりご利用者に生じた損害について賠償する責任を負います。守秘義務（契約書第10条）に違反した場合も同様とし、事業者は損害賠償責任を速やかに履行します。

ただし、ご利用者に故意又は過失が認められる場合にはご利用者の置かれた心身の状況を考慮して相当と認められる場合には、損害賠償額を減じることができます。

11. 身体拘束の廃止について

(1) 身体拘束の原則廃止について

事業者は、サービスの提供にあたって、ご利用者又は他のご利用者の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行いません。ただし、緊急やむを得ず身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行う場合は、事前にご利用者及びご家族等に対し、身体拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、時間帯、期間等を説明し、同意を得ます。

(2) 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の判断等について

身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行う、「緊急やむを得ない場合」に該当するかどうかの判断、並びに身体拘束の方法及び時間等は、原則として個人では行わず、複数の関係職員による協議により決定します。

(3) 緊急やむを得ず身体拘束を行う場合の記録について

事業者は、緊急やむを得ず身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行う場合は、その方法及び時間、その際のご利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由等を記録します。

(4) 身体拘束廃止の取り組みについて

事業者は、緊急やむを得ず身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行った場合は、改善計画を作成し、事業所全体で身体拘束廃止に取り組めます。

12. 人権擁護・虐待防止について

事業者は、ご利用者の人権の擁護・虐待防止等のため、責任者を設置する等の必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。

13. サービスのご利用に関する留意点

(1) ご利用の要件

- ①当サービスのご利用は、原則として要介護認定の結果、要支援又は要介護と認定された方と、介護予防・生活支援サービス事業対象者の方となります。
- ②デイサービスセンターは医療機関ではありませんので、ご利用中に特別な医療行為を必要とされる方についてはご相談ください。また、ご利用者が利用開始後に伝染病疾患を有していることが判明し、当事業所の医療体制や設備では、治療や感染予防上の対応が困難な

疾患の内容や状態である場合は、ご利用を中止していただく場合があります。

- ③著しく他のご利用者に迷惑を及ぼす問題行動等がある場合で、通常の介護方法ではそれを防ぐことができないと判断される場合は、ご利用をお断りする場合があります。

(2) ご利用のお申し込み

ご利用のお申し込みは、要介護1～5の方は担当の居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）へ、要支援1・2及び介護予防・生活支援サービス事業対象者の方は地域包括支援センターへお申し込みください。

(3) ご利用時の必要物品

ご利用中の必要物品は別紙のとおりです。

(4) 診断書の提出

- ①ご利用に際し、原則として健康診断書の提出は不要です。ただし、ご利用前の実態調査時、又は入所当日に、感染症（結核、疥癬、インフルエンザ、ノロウイルス等）の発症が疑われる場合には、医療機関にて、その症状についての検査を受けていただく場合があります。また、結核の既往歴のある方で、義務づけられている年1回の結核検診を過去1年間受けていない方については、発病が疑われる症状が出ていない場合でも医療機関にて検査を受けていただきます。なお、当該検査費用は、原則としてご利用者の負担となります。
- ②病院等から退院後すぐに利用される場合は、入院先の医師の紹介状や看護サマリー（要約）を提出していただきます。

(5) 要介護認定等調査資料の提供

ご利用の可否の判断並びにご利用中の通所介護サービス計画作成等のための参考資料として、事業者は、ご利用者の介護認定調査資料（主治医意見書等）や利用者基本情報等の写しを、ご利用者の居住する市町村や地域包括支援センターより取り寄せることができます。

(6) 他関係サービス機関からの情報収集

事業者は、ご利用者へのサービス提供にあたって特に必要と思われる場合は、ご利用者が利用されている他の居宅介護サービス事業所やかかりつけ医から、必要な情報を聞き取ることができることとします。

(7) 食 事

食事が不要な場合は、前日の午後5時までにお申し出下さい。同日時までにお申し出があった場合は食費のご負担はありません。

(8) 喫 煙

施設内の喫煙は、所定の場所で行います。ご利用中は、原則としてご利用者のタバコとライターは事業者側で保管させていただきます。

(9) 持参される薬

ご利用時に持参される薬の分量や投与方法を事業者側で確認するのに大変な時間がかかる場合があります。薬を適正に管理するために、初回ご利用時や、お薬に変更があった際には、処方箋等によりお薬情報の提供をお願いします。

(10) 施設・設備の使用上の注意

- ①施設、設備、敷地はその本来の用途に従って利用して下さい。
- ②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、ご利用者に自己負担により現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。
- ③デイサービスの職員や他のご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。

(11) その他

- ①デイサービスは特定の宗教のもとには運営していません。

- ②ボランティアや研修生や実習生等に、ご利用者のお世話の一部をしていただく場合があることを予めご了承ください（その内容や範囲については別途基準を設けます）。
- ③ご利用者間で飲食物のやりとりをする場合は、事前に職員にご相談下さい。食事制限されている方や飲み込みに障害のある方の場合、重大な事故の原因になります。

※この重要事項説明書は、厚生省第37号（平成11年3月31日）第96条の規定に基づき、利用申込者またはその家族へ重要事項説明のため作成したものです。

- 私は、通所介護等の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。

〈住 所〉 宮城県石巻市鮎川浜清崎山7番地

〈事業者〉 清優館デイサービスセンター

〈代表者〉 所 長 鈴木 静江

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、通所介護等のサービスの提供開始に同意しました。

ご利用者 (ご契約者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

署名代行者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

ご契約者の家族等 住 所 _____
※署名代行者に同じ場合は同上とご記入ください

氏 名 _____ 印