

指定通所介護事業所

重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人 恵泉会

中田デイサービスセンター 菊 風 荘

社会福祉法人恵泉会基本理念

1. 人間の尊厳

私たちは、人間としての尊厳と社会連帯の思想を基本理念として、利用者一人ひとりのその人らしい暮らしを実現します。

2. 人権の擁護・平等・主体性の尊重

私たちは、利用者に対する、いかなる差別、虐待、人権侵害もゆるさず、利用者一人ひとりの主体性を尊重し、思いやりの心で接します。

3. 生活の質の向上

私たちは、利用者一人ひとりのニーズと意志を尊重し、可能性の実現と生活の質の向上に努めます。

4. 地域福祉の向上

私たちは、広く法人及び施設の機能を挙げて、地域福祉の充実発展に寄与し、地域に愛され信頼と共生を実現します。

5. 職員の資質・専門性の向上

私たちは、常に専門的役割と使命を自覚し、絶えず研鑽を重ね、資質の向上と専門性の向上に努めます。

重要事項説明書について

あなたに対する指定通所介護サービス提供開始にあたり、厚生省令第37号第125条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	恵泉会
事業者の所在地	登米市迫町佐沼字江合3丁目16-2
法人種別	社会福祉法人
代表者名	松坂 勝司
電話番号	0220-22-1160

2. ご利用施設

施設の名称	中田デイサービスセンター 菊風荘
施設の所在地	登米市中田町浅水字長谷山352-2
管理者名	菊風荘 管理者
電話番号	0220-34-7224
ファクシミリ番号	0220-34-6908

3. 施設の概要

(1) 事業所の種類

種 類	指定年月日	指定番号
指定通所介護事業所	平成12年4月1日	宮城県 0471200204号

*当事業所は、介護老人福祉施設萩風園に併設されています。

(2) 敷地および建物

敷 地	19,910.30 m ²
建物	構造 鉄筋コンクリート造1階建て
	延べ床面積 367.82 m ²

(3) 事業の実施地域

市町村名	登米市
------	-----

(4) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
受付時間	8時30分～17時15分
サービス提供時間	9時15分～16時30分(通常の利用時間)

(5) 特別休業日

特別休業日	12月31日から1月1、2、3日
-------	------------------

(6) 利用定員

人 数	28名
-----	-----

4. 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護状態になった利用者に対して適正な指定通所介護事業のサービスを提供することを目的とします。
運営の方針	科学的介護を推進し利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ります。また、感染症や自然災害が発生した場合でもサービスの提供が継続できるよう体制を整備します。 事業の実施に当たっては併設施設と連携を図るとともに、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの緊密な連携を図り、地域から信頼される総合的なサービス提供に努めます。

5. 職員体制（主たる職員）

従事者の職種	員数	区 分				指定基準	保有資格
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者	1		1			1 名	社会福祉主事・作業療法士
生活相談員	3		3			1 名以上	社会福祉主事2名・介護福祉士2名
介 護 職 員	9	6	2	1		3 名以上	介護福祉士 6 名
看 護 職 員 (機能訓練指導員)	3	1	2			1 名以上	看護師 1 名 准看護師 2 名
作業療法士	1		1				作業療法士機能訓練指導員
事 務 員	1		1				

6. 職員の勤務体制

従事者の職種	勤 務 体 制	休 暇
管 理 者 生活相談員 介 護 職 員 作業療法士 看 護 職 員 (機能訓練指導員)	・特早番 (7 : 3 0 ~ 1 6 : 3 0) ・早 番 (8 : 1 5 ~ 1 7 : 1 5) ・日 勤 (8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0) ・遅 番 (9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0)	4週8休
事 務 員	・日 勤 (8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5)	4週8休

7. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 介護保険給付対象となるサービスについて（契約書第4条参照）

利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画に基づき、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した通所介護計画を作成し、利用者又はその家族に対して説明を行い、利用者の同意を得て交付いたします。その通所介護計画に従ったサービスの提供を行います。

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

種 類	内 容	
日常生活上の世話	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。（食事代は給付外サービスとなります）
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	排泄介助	介助が必要な利用者に対して、適切な排泄の介助を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
	移動・移乗介助	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。
生活機能の維持改善のための訓練	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排泄、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
健康管理	健康チェック	センター到着後、血圧・検温・脈拍測定等を行い、健康状態を把握した上で個々の利用内容を決し、生活が快適に過ごせるように努める。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
教養娯楽	行事・外出	季節毎の行事や外出を企画し、楽しいひとときを提供できるよう努めます
	創作活動など	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。
生活相談	利用者及び家族に対する相談援助常勤の生活相談員に、介護以外の日常生活に関することを含め相談できます。	

- (2) 介護給付対象の基本利用料について (令和6年4月1日より改定)
 下記の利用料金表によって、利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付額を除いた金額(自己負担額)をお支払いいただきます。
 (デイサービスセンター利用時間が7時間以上～8時間未満の場合)

基本料金

○1割負担

要介護区分	金 額	保険給付額	利用者負担額
要介護 1	6,580円	5,922円	658円
要介護 2	7,770円	6,993円	777円
要介護 3	9,000円	8,100円	900円
要介護 4	10,230円	9,207円	1,023円
要介護 5	11,480円	10,332円	1,148円

○2割負担

要介護区分	金 額	保険給付額	利用者負担額
要介護 1	6,580円	5,264円	1,316円
要介護 2	7,770円	6,216円	1,554円
要介護 3	9,000円	7,200円	1,800円
要介護 4	10,230円	8,184円	2,046円
要介護 5	11,480円	9,184円	2,296円

○3割負担

要介護区分	金 額	保険給付額	利用者負担額
要介護 1	6,580円	4,606円	1,974円
要介護 2	7,770円	5,439円	2,331円
要介護 3	9,000円	6,300円	2,700円
要介護 4	10,230円	7,161円	3,069円
要介護 5	11,480円	8,036円	3,444円

- (3) 介護給付の加算料金について
 加算サービスは利用者の希望により担当介護支援専門員の介護サービス計画書をもとに通所介護計画書を作成しサービスを実施致します。

①サービス提供体制強化加算(Ⅱ)(全員対象、1回につき加算となります)

介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の50以上である場合に加算されます。

負 担 割 合	金 額	保険給付額	利用者負担額
1割負担	180円	162円	18円
2割負担	180円	144円	36円
3割負担	180円	126円	54円

②入浴介助加算（Ⅰ）（入浴サービスを利用毎に40単位）

入浴サービスを利用した際に、特別入浴（機械浴）・普通入浴とも同一加算額となります。

負担割合	金額	保険給付額	利用者負担額
1割負担	400円	360円	40円
2割負担	400円	320円	80円
3割負担	400円	280円	120円

入浴介助加算（Ⅱ）（入浴サービスを利用毎に55単位）

利用者が自宅において、自身又は家族の介助によって入浴を行う事ができるよう、関係職種間で利用者個々の身体状況と利用者宅の浴室環境を訪問により把握し、個別の入浴計画書を作成し計画書に基づいた入浴サービス（入浴介助）を行った場合に加算されます。

負担割合	金額	保険給付額	利用者負担額
1割負担	550円	495円	55円
2割負担	550円	440円	110円
3割負担	550円	385円	165円

③個別機能訓練加算（Ⅰ）イ 56単位／回

機能訓練指導員（理学療法士等）を1名以上配置し、生活機能向上を目的とした項目を準備し、利用者毎の心身の状況に応じて個別機能訓練計画を作成し、適切な訓練を行った場合に加算されます。

実施日については月曜日から土曜日

（機能訓練指導員が出勤しない曜日については加算されません）。

個別機能訓練加算（Ⅱ）20単位／月：加算（Ⅰ）イに上乗せして算定

（Ⅰ）イに加えて、自立支援・重度化防止を目的として個別機能訓練計画等の内容を科学的介護情報システムに提出し、フィードバックを受けていること。

負担割合	金額	保険給付額	利用者負担額
1割負担	200円	180円	20円
2割負担	200円	160円	40円
3割負担	200円	140円	60円

④ADL維持等加算（Ⅰ）30単位／月

自立支援・重度化防止に繋がるサービスの提供を事業所へ促すインセンティブとして評価期間の中でADLの維持または改善の度合いが一定の水準を超えている事業所が評価され次年度の介護報酬に加算されます。

- イ 利用者（評価対象利用期間が6月を超える者）の総数が10人以上であること。
- ロ 利用者全員について、利用開始月と、当該月の翌月から起算して6月目（6月目にサービスの利用がない場合はサービスの利用があった最終月）において、BarthelIndexを適切に評価できる者がADL値を測定し、測定した日が属する月ごとに科学的介護情報システムに提出していること。
- ハ 利用開始月の翌月から起算して6月目の月に測定したADL値から利用開始月に測定したADL値を控除し、初月のADL値や要介護認定の状況等に応じた値を加えて得た値（調整済ADL利得）について、利用者等から調整済ADL利得の上位及び下位それぞれ1割の者を除いた者を評価対象利用者等とし、評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が1以上であること。

負担割合	金額	保険給付額	利用者負担額
1割負担	300円	270円	30円
2割負担	300円	240円	60円
3割負担	300円	210円	90円

⑤ADL維持等加算（Ⅱ）60単位／月

- 1) ADL維持等加算（Ⅰ）のイとロの要件を満たすこと。
- 2) 評価対象利用者等の調整済ADL利得を平均して得た値が2以上であること。

負担割合	金額	保険給付額	利用者負担額
1割負担	600円	540円	60円
2割負担	600円	480円	120円
3割負担	600円	420円	180円

⑥口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）5単位／回

当該事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態について確認を行い、当該利用者の口腔の健康状態に関する情報を、当該利用者を担当する介護支援専門員に提供していること。

負担割合	金額	保険給付額	利用者負担額
1割負担	50円	45円	5円
2割負担	50円	40円	10円
3割負担	50円	35円	15円

⑦科学的介護推進体制加算 40単位／月

介護サービスの質の評価と科学的介護の取組により、介護サービスの質の向上を図る観点から、利用者ごとの、ADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他心身の状況に係る基本的な情報を、科学的介護情報システムに提出していること。

負担割合	金額	保険給付額	利用者負担額
1割負担	400円	360円	40円
2割負担	400円	320円	80円
3割負担	400円	280円	120円

⑧認知症専門ケア加算（Ⅰ） 3単位／日

- ・認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の50以上。
- ・認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20名未満の場合は1名以上、20名以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、専門的な認知症ケアを実施。
- ・当該事業所の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催。

負担割合	金額	保険給付額	利用者負担額
1割負担	30円	27円	3円
2割負担	30円	24円	6円
3割負担	30円	21円	9円

⑨送迎が実施されない場合（片道） 基本料金から減額となります。

減額割合	減額	保険給付減額	個人減額
1割負担	470円	－423円	－47円
2割負担	470円	－376円	－94円
3割負担	470円	－329円	－141円

⑩中重度者ケア体制加算（全員対象。1回につき加算となります）

利用者の総数のうち、要介護3以上の利用者の占める割合が100分の30以上であり、サービスを行う時間帯を通して看護職員を1名以上配置し、看護・介護職員の配置も常勤換算方法で2以上確保している体制のため加算されます。

○1割負担の場合

加 算 項 目	金 額	保険給付額	利用者負担額
中重度ケア体制加算	450円	405円	45円

○2割負担の場合

加 算 項 目	金 額	保険給付額	利用者負担額
中重度ケア体制加算	450円	360円	90円

○3割負担の場合

加 算 項 目	金 額	保険給付額	利用者負担額
中重度ケア体制加算	450円	315円	135円

⑪介護職員処遇改善加算Ⅰロ

介護職員の安定的な確保を図るとともに、更なる資質向上への取組、雇用管理の改善、労働環境の改善の取組を進める事業所に加算される。

所定単位数にサービス別加算率を乗じて算定。加算率は12.0%

- * 利用者がまだ要介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援または要介護の認定を受けた後、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）。また、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。なお、償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うため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。

8. 介護保険給付外サービス

項 目	金 額	備 考
紙おむつ	100円	現物持参交換も受けます。
尿取りパット	50円	〃
趣味活動材料費	実 費	生け花や手芸など
複写物	10円／枚	

- * 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。複写を必要とする場合には上記金額をご負担いただきます。

9. 利用料金のお支払い方法

介護保険サービス料金 ＋ 介護保険給付外サービス料金 例（紙おむつ）×（利用枚数） ＋ 上記以外の給付外サービス	合算した金額を1ヶ月毎に計算しご請求します。お支払いは本人指定の預金口座から引き落とし、または事業者の指定する方法で、翌々月4日（金融機関休業の場合は翌日営業日）にまでお支払い下さい。
---	--

10. 事故発生時の対応

当通所介護施設では、事故発生時の対応について、別紙緊急対応マニュアルを作成し職員に周知徹底を図り、利用者・ご家族の方々に安心してご利用出来る体制を設けております。

- ①送迎時の緊急対応について（送迎時確認マニュアルに従って対応する）全車輛携帯電話を持参しセンターや各車輛との連携・指示形態を円滑に対応します。
- ②容態等の急変時について（容態急変等対応マニュアルに従って対応する）容態の程度によって、利用者の主治医へ連絡し搬送又は救急車を要請します。
（各車輛に救急バック等を搭載し緊急時に備えております）
- ③利用者の家族（緊急連絡先）・利用者個々の利用医療機関・担当ケアマネジャーへの連絡体制表を作成して、緊急時の連絡に備えております。
- ④事故の程度によっては、保険者への連絡（事故報告）を致します。

1 1. 高齢者虐待防止の取り組み

虐待防止のための指針の整備をします。

虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について、職員に周知徹底を図ります。

虐待防止のため、従業者へ定期的な研修を実施します。

担 当 者： 菊風荘 虐待防止担当者

1 2. 身体的拘束等の適正化の取り組み

事業者は、指定介護老人福祉施設サービスの提供にあたっては、自傷他害等の恐れがある場合等、契約者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急止むを得ない場合を除き、原則として身体拘束その他の契約者の行動を制限する行為を行いません。緊急止むを得ず身体的拘束等を行う場合、①切迫性(直ちに身体拘束を行わなければ、契約者ご本人又は他のご利用者等の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合)②非代替性(身体拘束以外に、契約者ご本人又は他のご利用者等の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合)③一時性(身体拘束その他の行動制限は一時的なものであることが必要です。契約者ご本人又は他のご利用者の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解除します)の要件を満たしていることをカンファレンスにて確認の後、契約者ご本人及びご家族等に説明し、同意を得たうえで対処し、その実施状況や時間等について経過観察記録を作成し保管します。また、事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取組みを積極的に行います。

1 3. 苦情等申し立ての体制

○ 当施設における苦情の受付は以下のとおりとなっております。

当施設相談室	窓口担当者	菊風荘 管理者
	責 任 者	菊風荘 施設長
	受 付 時 間	毎日 午前8時30分～午後5時15分
	受 付 方 法	電話 34-7224 (FAX 34-6908)
	面 接	相談室
	苦 情 箱	玄関口カウンターに設置

○ また、苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、第三者委員を委嘱しています。

第三者委員	松村 正	*****	電話	*****-*****
	千葉ますみ	*****	電話	*****-*****
	伊藤 浩	*****	電話	*****-*****

○ 行政機関その他苦情受付機関

登米市福祉事務所長寿介護課	南方町新高石浦130番地	電話 0220-58-5551
石巻保健所(宮城県東部保健福祉事務所)	石巻市あゆみ野5-7	電話 0225-95-1411
宮城県国民健康保険団体連合会	仙台市青葉区上杉1-2-3	電話 022-222-7700
宮城県社会福祉協議会福祉サービス利用に関する運営適正化委員会	仙台市青葉区本町3-7-4	電話 022-716-9674

1 4. 第三者評価

宮城県福祉サービス第三者評価は、実施しておりません。
但し、法人内第三者委員によるサービス評価は、毎年実施しております。

1 5. 非常災害時の対策

感染症や災害が発生した場合でも、必要な介護サービスが継続できるような体制を整える。そのための計画の策定、研修及び訓練を実施する。また、非常災害に備え、恵泉会消防計画規程、恵泉会地震防災対策要綱、恵泉会火災事故等安全対策要領、併設施設の消防計画に基づき定期的に避難、誘導、その他必要な訓練を実施する。防災においては地域住民との連携に努める。

1 6. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

施設・設備・器具の利用	施設や設備、器具は本来の用途に従って利用してください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙	決められた場所以外ではお断りします。
各種ハラスメント行為等	利用者及び利用者との関係方々による故意又は重大な過失による他の利用者又は事業所の職員に対する以下のような著しい迷惑行為は契約解除事項に該当しますのでご注意ください。 ・身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為） ・精神的暴力（個人の尊厳や人格を、言葉や態度、威嚇によって傷つけたり貶めたりする行為） ・セクシャルハラスメント（性的誘いかけ、行為的態度の要求等、性的ないやがらせ行為） ・受付時間内外を問わず、相談や緊急時以外の内容の電話を頻繁にかけてくる行為 ・飲酒した状態で、相談や担当者会議等へ出席した場合 ・職員の写真や動画を撮影、録音し、それらを無断でSNS等に掲載する行為
宗教・政治・営利活動	施設内で他の利用者に対する宗教・政治・営利活動はご遠慮ください。

私は、本書面に基づいて事業者の職員（職名 _____氏名_____）から
上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

私は、（ ）の理由により、本人の意思を確認し本人に代わり、上記
署名を行いました。私の本人との関係は（ ）です。

署名代行者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業

重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人恵泉会

中田デイサービスセンター 菊 風 荘

社会福祉法人 恵泉会基本理念

1. 人間の尊厳

私たちは、人間としての尊厳と社会連帯の思想を基本理念として、利用者一人ひとりのその人らしい暮らしを実現します。

2. 人権の擁護・平等・主体性の尊重

私たちは、利用者に対する、いかなる差別、虐待、人権侵害もゆるさず、利用者一人ひとりの主体性を尊重し、思いやりの心で接します。

3. 生活の質の向上

私たちは、利用者一人ひとりのニーズと意志を尊重し、可能性の実現と生活の質の向上に努めます。

4. 地域福祉の向上

私たちは、広く法人及び施設の機能を挙げて、地域福祉の充実発展に寄与し、地域に愛され信頼と共生を実現します。

5. 職員の資質・専門性の向上

私たちは、常に専門的役割と使命を自覚し、絶えず研鑽を重ね、資質の向上と専門性の向上に努めます。

介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業重要事項説明書

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第1号通所事業を提供します。
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。

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 恵泉会
事業者の所在地	登米市迫町佐沼字江合3丁目16番地2
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 松坂 勝司
電話番号	0220-22-1160

2. 事業所

事業所の名称	中田デイサービスセンター菊風荘
事業所の所在地	登米市中田町浅水字長谷山352-2
管理者名	菊風荘 管理者
電話番号	0220-34-7224
ファクシミリ番号	0220-34-6908

3. 施設の概要

(1) 事業所の種類

種類	指定年月日	指定番号
日常生活支援総合事業 第1号通所事業	平成12年4月1日	宮城県 0471200204号

(2) 敷地および建物

敷地	19,910.30 m ²
建物	構造 鉄筋コンクリート造1階建て
延べ床面積	367.82 m ²

(3) 事業の実施地域

市町村名	登米市
------	-----

(4) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	8時30分～17時15分
サービス提供時間	9時15分～16時30分（通常の利用時間）

(5) 特別休業日

特別休業日	12月31日から 1月1、2、3日
-------	-------------------

(6) 利用定員

人数	28名
----	-----

4. 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業は、事業対象者及び要支援認定者の利用者に対して適正な第1号通所事業のサービスを提供することを目的とします。
運営の方針	介護予防・日常生活支援総合事業第1号通所事業のサービスを提供に当たっては、利用者の介護予防と日常生活の自立を支援することを目的とします。 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの緊密な連携を図り、地域から信頼される総合的なサービス提供に努めます。

5. 職員体制（主たる職員）

従事者の職種	員数	区分				指定基準	保有資格
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者	1		1			1 名	社会福祉主事・作業療法士
生 活 相 談 員	3		3			1 名以上	社会福祉主事 2 名・介護福祉士 2 名
介 護 職 員	9	6	2	1		3 名以上	介 護 福 祉 士 6 名
看 護 職 員 (機能訓練指導員)	3	1	2			1 名以上	看護師 1 名・准看護師 2 名
作 業 療 法 士	1		1				作業療法士兼機能訓練指導員
事 務 員	1		1				

6. 職員の勤務体制

従事者の職種	勤務体制	休暇
管理者 生活相談員 介護職員 看護職員 機能訓練指導員 作業療法士	・特早番（ 7：30～16：30） ・早番（ 8：15～17：15） ・日勤（ 8：30～17：30） ・遅番（ 9：00～18：00）	4週8休
事務員	・日勤（8：30～17：15）	4週8休

7. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 第1号通所事業対象となるサービスについて（契約書第4条参照）

利用者に係る地域包括支援センター等が作成した介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメント（以下、「居宅サービス計画書等」と言います）に基づき、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した第1号通所事業に係るサービス計画（以下「通所介護計画等」という）を作成し、利用者又はその家族に対して説明を行い、利用者の同意を得て交付いたします。その通所介護計画等に従ったサービスの提供を行います。

種 類	内 容	
利用者居宅への送迎	障害の程度、居宅の立地条件に合わせた車輛（特殊車両等）により、玄関から玄関まで安全な送迎を行います。	
日常生活上の支援	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。（食事代は給付外サービスとなります）
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	その他の介助	その他介助が必要な利用者に対して、通所介護計画等に基づき適切な介助を行います。
生活機能の維持改善のための訓練	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排泄、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。
健康管理	健康チェック	センター到着後、血圧・検温・脈拍測定等を行い、健康状態を把握した上で個々の利用内容を決定し、生活が快適に過ごせるように努める。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
教養娯楽	行事・外出	季節毎の行事や外出を企画し、楽しいひとときが提供できるよう努めます
	創作活動など	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。
生活相談	利用者及び家族に対する相談援助	常勤の生活相談員に、介護以外の日常生活に関することを含め相談できます。

(2) 第1号通所事業のサービスの基本利用料について

下記の利用料金表によって、サービス利用料金から保険給付額を除いた金額（自己負担額）をお支払いいただきます。

基本料金（送迎・入浴は基本単位に包括となります）

1割負担の場合

要介護区分	金 額	保険給付額	利用者負担額	備 考
事業対象者	17,980円	16,182円	1,798円	月額設定にて定額
要支援1	17,980円	16,182円	1,798円	月額設定にて定額
要支援2	36,210円	32,589円	3,621円	月額設定にて定額

2割負担の場合

要介護区分	金 額	保険給付額	利用者負担額	備 考
事業対象者	17,980円	14,384円	3,596円	月額設定にて定額
要支援1	17,980円	14,384円	3,596円	月額設定にて定額
要支援2	36,210円	28,968円	7,242円	月額設定にて定額

3割負担の場合

要介護区分	金 額	保険給付額	利用者負担額	備 考
事業対象者	17,980円	12,586円	5,394円	月額設定にて定額
要支援1	17,980円	12,586円	5,394円	月額設定にて定額
要支援2	36,210円	25,347円	10,863円	月額設定にて定額

(3) 加算料金について

①サービス提供体制強化加算(Ⅱ)（月額設定加算となります）

介護職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の50以上である場合に算定されます。

負 担 割 合	要介護区分	金 額	保険給付額	個人負担額
1割負担	事業対象者	720円	648円	72円
	要支援1			
	要支援2	1440円	1296円	144円
2割負担	事業対象者	720円	576円	144円
	要支援1			
	要支援2	1440円	1152円	288円
3割負担	事業対象者	720円	504円	216円
	要支援1			
	要支援2	1440円	1008円	432円

②送迎が実施されない場合(片道) 基本料金から減額となります。

減 額 割 合	減 額	保険給付減額	個人減額
1割負担	470円	－423円	－47円
2割負担	470円	－376円	－94円
3割負担	470円	－329円	－141円

③介護職員等処遇改善加算Ⅰロ

介護職員の安定的な確保を図るとともに、更なる資質向上への取組、雇用管理の改善、労働環境の改善の取組を進める事業所に加算される。

所定単位数にサービス別加算率を乗じて算定。加算率は12.0%

※第1号事業支給費等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、ご契約者の負担額を変更いたします。

(4) 第1号通所事業対象外サービス

○以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

項 目	金 額	備 考
紙 お む つ	100円	現物交換も受けます。
尿 取 り パ ッ ト	50円	〃
趣味活動材料費	実 費	生け花や手芸など
複 写 物	10円/枚	

※ご契約者は、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。複写を必要とする場合は上記金額をご負担いただきます。

8. 利用料金のお支払い方法

第1号通所事業対象サービス料金 + 第1号通所事業対象外サービス料金 例（尿取りパット） × （利用枚数） + 上 記 以 外 の 給 付 外 サ ー ビ ス	合算した金額を1ヶ月毎に計算しご請求します。お支払いは本人指定の預金口座から引き落とし、または事業者の指定する方法で、翌々月4日（金融機関休業の場合は翌日営業日）にまでお支払い下さい。
--	--

9. 事故発生時の対応

当通所介護施設では、事故発生時の対応について、別紙緊急対応マニュアルを作成し職員に周知徹底を図り、利用者・ご家族の方々に安心してご利用出来る体制を設けております。

- (1) 送迎時の緊急対応について（送迎時確認マニュアルに従って対応する）全車輛携帯電話で各車輛との連携・指示形態を円滑に対応します
- (2) 容態等の急変時について（容態急変等対応マニュアルに従って対応する）
 - * 容態の程度によって、利用者の主治医へ連絡し搬送又は救急車の活用。（各車輛に救急バック等を搭載し緊急時に備えております）
- (3) 利用者の家族（緊急連絡先）・利用者個々の利用医療機関・担当ケアマネジャー連絡体制表を作成して、緊急時の連絡に備えております。
- (4) 尚、事故の程度によっては、保険者への連絡（事故報告）を致します。

10. 高齢者虐待防止の取り組み

虐待防止のための指針の整備をします。

虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について、職員に周知徹底を図ります。

虐待防止のため、従業者へ定期的な研修を実施します。

担 当 者： 菊風荘 虐待防止担当者

1 1. 身体的拘束等の適正化の取り組み

事業者は、指定障害福祉サービスの提供にあたっては、自傷他害等の恐れがある場合等、契約者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急止むを得ない場合を除き、原則として身体拘束その他の契約者の行動を制限する行為を行いません。緊急止むを得ず身体的拘束等を行う場合、①切迫性(直ちに身体拘束を行わなければ、契約者ご本人又は他のご利用者等の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合)②非代替性(身体拘束以外に、契約者ご本人又は他のご利用者等の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合)③一時性(身体拘束その他の行動制限は一時的なものであることが必要です。契約者ご本人又は他のご利用者の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解除します)の要件を満たしていることをカンファレンスにて確認の後、契約者ご本人及びご家族等に説明し、同意を得たうえで対処し、その実施状況や時間等について経過観察記録を作成し保管します。

また、事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取組みを積極的に行います。

1 2. 苦情等申し立ての体制

○ 当施設における苦情の受付は以下のとおりとなっております。

当施設相談室	窓口担当者	菊風荘 管理者
	責 任 者	菊風荘 施設長
	受 付 時 間	午前8時30分～午後5時15分 電話 34-7224 (FAX 34-6908)
	面 接 苦 情 箱	相談室 玄関口カウンターに設置

* また、苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、第三者委員を委嘱しています。

第三者委員	松村 正	*****	電話	*****-**-*****
	千葉ますみ	*****	電話	*****-**-*****
	伊藤 浩	*****	電話	*****-**-*****

○ 行政機関その他苦情受付機関

登米市福祉事務所長寿介護課	南方町新高石浦130番地	電話	0220-58-5551
東部保健福祉事務所(石巻保健所)	石巻市あゆみ野五丁目7番地	電話	0225-95-1419
宮城県国民健康保険団体連合会	仙台市青葉区上杉1-2-3	電話	022-222-7700
宮城県社会福祉協議会福祉サービス利用に関する運営適正化委員会	仙台市青葉区本町3-7-4	電話	022-716-9674

1 3. 第三者評価

宮城県福祉サービス第三者評価は、実施しておりません。
但し、法人内第三者委員によるサービス評価は、毎年実施しております。

1 4. 非常災害時の対策

感染症や災害が発生した場合でも、必要な介護サービスが継続できるような体制を整える。そのための計画の策定、研修及び訓練を実施する。また、非常災害に備え、恵泉会消防計画規程、恵泉会地震防災対策要綱、恵泉会火災事故等安全対策要領、併設施設の消防計画に基づき定期的に避難、誘導、その他必要な訓練を実施する。防災においては地域住民との連携に努める。

15. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

施設・設備・器具の利用	施設や設備、器具は本来の用途に従って利用してください。 これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります
喫煙	敷地内禁煙
各種ハラスメント行為等	利用者及び利用者との関係方々による故意又は重大な過失による他の利用者又は事業所の職員に対する以下のような著しい迷惑行為は契約解除事項に該当しますのでご注意ください。 ・身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為） ・精神的暴力（個人の尊厳や人格を、言葉や態度、威嚇によって傷つけたり貶めたりする行為） ・セクシャルハラスメント（性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為） ・受付時間内外問わず、相談や緊急時以外の内容の電話を頻繁にかけてくる行為 ・飲酒した状態で、相談や担当者会議等へ出席した場合 ・職員の写真や動画を撮影、録音し、それらを無断でSNS等に掲載する行為
宗教・政治・営利活動	施設内で他の利用者に対する宗教・政治・営利活動はご遠慮ください

私は、本書面に基づいて事業所職員（職名_____氏名_____）から
上記重要の事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

私は、（ ）の理由により本人の意思を確認し本人に代わり、上記署名を行いました。私の本人との関係は（ ）です。

署名代行者 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

指定障害福祉サービス事業所

基準該当生活介護サービス

重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人

恵泉会

中田デイサービスセンター

菊 風 荘

社会福祉法人恵泉会基本理念

1. 人間の尊厳

私たちは、人間としての尊厳と社会連帯の思想を基本理念として、利用者一人ひとりのその人らしい暮らしを実現します。

2. 人権の擁護・平等・主体性の尊重

私たちは、利用者に対する、いかなる差別、虐待、人権侵害もゆるさず、利用者一人ひとりの主体性を尊重し、思いやりの心で接します。

3. 生活の質の向上

私たちは、利用者一人ひとりのニーズと意志を尊重し、可能性の実現と生活の質の向上に努めます。

4. 地域福祉の向上

私たちは、広く法人及び施設の機能を挙げて、地域福祉の充実発展に寄与し、地域に愛され信頼と共生を実現します。

5. 職員の資質・専門性の向上

私たちは、常に専門的役割と使命を自覚し、絶えず研鑽を重ね、資質の向上と専門性の向上に努めます。

指定障害福祉サービス重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して指定障害福祉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いたします。

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 恵泉会
事業者の所在地	登米市迫町佐沼字江合3丁目16番地の2
法人種別	社会福祉法人
代表者名	松坂 勝司
電話番号	0220-22-1160

2. 事業所

事業所の名称	中田デイサービスセンター菊風荘
事業所の所在地	登米市中田町浅水字長谷山352-2
管理者名	菊風荘 管理者
電話番号	0220-34-7224
ファクシミリ番号	0220-34-6908

3. 施設の概要

(1) 事業所の種類

種 類	指定年月日	基準該当事業所番号
指定障害福祉サービス事業所	平成22年3月31日	第0441200094号

※当事業所は、介護老人福祉施設萩風園に併設されています。

(2) 敷地および建物

敷 地	19,910.30㎡
建物	鉄筋コンクリート造1階建て
延べ床面積	367.82㎡

(3) 事業の実施地域

市町村名	登米市
------	-----

(4) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
受付時間	8時30分～17時15分
サービス提供時間	9時15分～16時30分（通常の利用時間）

(5) 特別休業日

特別休業日	12月31日から1月1、2、3日
-------	------------------

(6) 利用定員

人 数	28名
-----	-----

4. 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	支給決定障害者に対して適正な身体障害者デイサービスを提供することを目的とします。
運営の方針	地域において生活介護が提供されていないこと等により生活介護を受けることが困難な身体障害者に対して指定通所介護サービスの提供と感染症や自然災害が発生した場合でもサービスの提供が継続できるよう体制を整備します。 事業の実施に当たっては併設施設と連携を図るとともに、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの緊密な連携を図り、地域から信頼される総合的なサービス提供に努めます。

5. 職員体制（主たる職員）

従事者の職種	員数	区分				指定基準	保有資格
		常勤		非常勤			
		専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者	1		1			1 名	社会福祉主事・作業療法士
生活相談員	3		3			1 名以上	社会福祉主事 2 名・介護福祉士 2 名
介 護 職 員	9	6	2	1		3 名以上	介護福祉士 6 名
看 護 職 員 (機能訓練指導員)	3	1	2			1 名以上	看護師 1 名 准看護師 2 名
作業療法士	1		1				作業療法士兼機能訓練指導員
事 務 員	1		1				

6. 職員の勤務体制

従事者の職種	勤務体制	休暇
管理者 生活相談員 介護職員 看護職員 (機能訓練指導員兼務) 作業療法士	・特早番 (7 : 30 ~ 16 : 30) ・早 番 (8 : 15 ~ 17 : 15) ・日 勤 (8 : 30 ~ 17 : 30) ・遅 番 (9 : 00 ~ 18 : 00)	4週8休
事務員	・日 勤 (8 : 30 ~ 17 : 15)	4週8休

7. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 特例介護給付対象となるサービスについて

障害者デイサービスは、区分認定者を対象に「日常生活上の基本動作が自立し、状態の維持・改善可能性の高い」状態に即した自立支援と残存機能維持を第一の目標として「目標指向型」のサービス提供を致します。

種 類	内 容	
利用者居宅への送迎	障害の程度、居宅の立地条件に合わせた車輛（特殊車両等）により、玄関から玄関まで安全な送迎を行います。	
日常生活上の支援	食事の提供及び介助	食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	その他の介助	その他介助が必要な利用者に対して、個別支援計画に基づき適切な介助を行います。
生活機能の維持改善のための訓練	日常生活動作を通じた訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。
	レクリエーションを通じた訓練	利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	器具等を使用した訓練	利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。（機能訓練加算対象の内容ではありません。）
健康管理	健康チェック	センター到着後、血圧・検温・脈拍測定等を行い、健康状態を把握した上で個々の利用内容を決定し、生活が快適に過ごせるように努める。
	服薬介助	介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
教養娯楽	行事・外出	季節毎の行事や外出を企画し、楽しいひとときが提供できるよう努めます
	創作活動など	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。
生活相談	利用者及び家族に対する相談援助	常勤の生活相談員に、介護以外の日常生活に関することを含め相談できます。

（２） 特例介護給付の基本利用料について

介護給付費等対象サービスについては、厚生労働大臣が定める基準により算定した額がサービス料金となります。

このサービス料金のうちの一部（原則９割）は市町村から介護給費等が支給されます。介護給費等は当事業所が市町村から直接受け取りますので、利用者は、サービス料金から介護給費等の額を差し引いた額（利用者負担額といいます。原則サービス料金の１割）を当事業所にお支払いいただきます。

なお、利用者負担額は、原則サービス料金の１割ですが、「障害福祉サービス受給者証」に記載されている負担上限月額が１月の負担の上限額となりますので、記載されている金額以上ご負担いただく必要はありません。

☆ 基準該当生活介護サービス費

提供項目	金 額	保険給付額	利用者負担額
基準該当生活介護	6, 9 3 0 円	6, 2 3 7 円	6 9 3 円

福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）

所定単位数にサービス別加算率を乗じた単位数で算定

通所型サービス加算率は7. 9 %

☆ ご契約者がまだ区分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一旦お支払いいただきます。区分認定を受けた後、自己負担額を除く金額が特例介護給付から払い戻されます（償還払い）。また、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、ご契約者が保険給付の申請を行うため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。

☆ 登米市障害福祉サービス利用者負担軽減について

登米市障害福祉サービス利用者負担軽減制度に準じ対応するものとする。

（3）特例介護給付外サービス

○以下のサービスは、利用料金の全額が利用者の負担となります。

項目	金 額	備 考
紙おむつ	1 0 0 円	現物持参交換も受けます
尿取りパット	5 0 円	〃
趣味活動費	実 費	生け花や手芸など
複写物	1 0 円／枚	

※ ご契約者は、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。

複写を必要とする場合には上記金額を負担いただきます。

8. 利用料金のお支払い方法

特例介護給付サービス料金（月定額の1割負担） ＋ 特例介護給付外サービス料金 例（紙おむつ等）×（利用枚数） ＋ 上記以外の給付外サービス	合算した金額を1ヶ月毎に計算しご請求します。お支払いは本人指定の預金口座から引き落とし、または事業者の指定する方法で、翌々月4日（金融機関休業の場合は翌日営業日）にまでお支払い下さい。
--	--

9. 事故発生時の対応

当施設では、事故発生時の対応について、別紙緊急対応マニュアルを作成し職員に周知徹底を図り、利用者・ご家族の方々に安心してご利用出来る体制を設けております。

(1) 送迎時の緊急対応について（送迎時確認マニュアルに従って対応する）全車両携帯電話を持参しセンターや各車両との連携・指示形態を円滑に対応します。

(2) 容態等の急変時について（容態急変等対応マニュアルに従って対応する）

＊ 容態の程度によって、利用者の主治医への連絡搬送、救急車の活用。

（各車両に救急バック等を搭載し緊急時に備えております）

(3) 利用者の家族（緊急連絡先）・利用者個々の利用医療機関・担当保健師等連絡体制表を作成して、緊急時の連絡に備えております。

(4) 尚、事故の程度によっては、保険者への連絡（事故報告）を致します。

10. 高齢者虐待防止の取り組み

虐待防止のための指針の整備をします。

虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について、職員に周知徹底を図ります。

虐待防止のため、従業者へ定期的な研修を実施します。

担 当 者：菊風荘 虐待防止担当者

11. 身体的拘束等の適正化の取り組み

事業者は、指定障害福祉サービスの提供にあたっては、自傷他害等の恐れがある場合等、契約者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するため緊急止むを得ない場合を除き、原則として身体拘束その他の契約者の行動を制限する行為を行いません。緊急止むを得ず身体的拘束等を行う場合、①切迫性(直ちに身体拘束を行わなければ、契約者ご本人又は他のご利用者等の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合)②非代替性(身体拘束以外に、契約者ご本人又は他のご利用者等の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合)③一時性(身体拘束その他の行動制限は一時的なものであることが必要です。契約者ご本人又は他のご利用者の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解除します)の要件を満たしていることをカンファレンスにて確認の後、契約者ご本人及びご家族等に説明し、同意を得たうえで対処し、その実施状況や時間等について経過観察記録を作成し保管します。

また、事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取組みを積極的に行います。

12. 苦情等申し立ての体制

◎ 当施設における苦情の受付は以下のとおりとなっております。

当施設相談室	窓口担当者	菊風荘 管理者		
	責 任 者	菊風荘 施設長		
	受 付 時 間	毎日 午前8時30分～午後5時15分		
	受 付 方 法	電話 34-7224 (FAX 34-6908)		
	面 接	相談室		
	苦 情 箱	玄関口カウンターに設置		

○ また、苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、第三者委員を委嘱しています。

第三者委員	松村 正	*****	電話	*****-**-*****
	千葉ますみ	*****	電話	*****-**-*****
	伊藤 浩	*****	電話	*****-**-*****

○ 行政機関その他苦情受付機関

登米市福祉事務所長寿介護課	南方町新高石浦130番地	電話 0220-58-2117
石巻保健所(宮城県東部保健福祉事務所)	石巻市あゆみ野5-7	電話 0225-95-1411
宮城県国民健康保険団体連合会	仙台市青葉区上杉1-2-3	電話 022-222-7079
宮城県社会福祉協議会福祉サービス利用に関する運営適正化委員会	仙台市青葉区本町3-7-4	電話 022-716-9674

1 3. 第三者評価

宮城県福祉サービス第三者評価は、実施しておりません。
但し、法人内第三者委員によるサービス評価は、毎年実施しております。

1 3. 非常災害時の対策

感染症や災害が発生した場合でも、必要な介護サービスが継続できるような体制を整える。そのための計画の策定、研修及び訓練を実施する。また、非常災害に備え、恵泉会消防計画規程、恵泉会地震防災対策要綱、恵泉会火災事故等安全対策要領、併設施設の消防計画に基づき定期的に避難、誘導、その他必要な訓練を実施する。防災においては地域住民との連携に努める。

1 4. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

施設・設備・器具の利用	施設や設備、器具は本来の用途に従って利用してください。 これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります
喫 煙	決められた場所以外ではお断りします
各種ハラスメント行為等	利用者及び利用者との関係方々による故意又は重大な過失による他の利用者又は事業所の職員に対する以下のような著しい迷惑行為は契約解除事項に該当しますのでご注意ください。 ・身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為） ・精神的暴力（個人の尊厳や人格を、言葉や態度、威嚇によって傷つけたり貶めたりする行為） ・セクシャルハラスメント（性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為） ・受付時間内外問わず、相談や緊急時以外の内容の電話を頻繁にかける行為 ・飲酒した状態で、相談や担当者会議等へ出席した場合 ・職員の写真や動画を撮影、録音し、それらを無断でSNS等に掲載する行為
宗教・政治・営利活動	施設内で他の利用者に対する宗教・政治・営利活動はご遠慮ください

私は、本書面に基づいて事業所職員（職名_____氏名_____）から
上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

私は、（ ）の理由により、本人の意思を確認し本人に代わり、上記署名を行
いました。私の本人との関係は（ ）です。

署名代行者 住所 _____

氏名 _____ 印