

「デイサービス グリーンシーズいずみ」
地域密着型通所介護
通所介護型サービス
運営規定

当事業所は介護保険法に基づく許可を受けています。
(事業所番号 0495500654)

※当サービスの利用は、原則として「事業対象者」「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。

介護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。

1. 事業所経営法人

- (1) 法人名 株式会社 GREEN SEEDS
- (2) 法人所在地 宮城県仙台市泉区根白石字町東 39
- (3) 電話番号 022-341-9211
- (4) 代表者名 代表取締役 白田 雄士

2. 利用事業所

- (1) 事業所名称 デイサービス グリーンシーズいずみ
- (2) 事業所在地 宮城県仙台市泉区根白石字町東 39
- (3) 電話番号 022-341-9211
- (4) 管理者 福田 香帆
- (5) 事業の目的

要支援、要介護状態等になった場合においても、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、必要な機能訓練を行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図ることを目指します。

- (6) 運営の方針

地域密着型通所介護・通所介護型サービス事業者は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し、計画的におこないます。

地域密着型通所介護・通所介護型サービスは、自らその提供する地域密着型通所介護・通所介護型サービスの質の評価を行い、常にその改善を図っていくものとします。

- (7) 開設年月日 令和 3 年 10 月 1 日
- (8) 通所定員 10 人

3. 事業の実施地域及び営業時間

(1) 通常の実業の実施区域

仙台市泉区、青葉区（みやぎ台、高野原、赤坂）

尚、地域密着型通所介護・通所介護型サービスの通常の実業の実施地域を超えて送迎を希望される方は、送迎費の実費が必要になります。（片道1kmにつき100円）

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月・火・水・木・金・土・祝日
営業時間	8:15～17:15
サービス提供時間	9:00～16:00

休業日：日曜日 年末・年始（12月31日～1月3日）

4. 事業所の職員体制

当事業所では、利用者に対して地域密着型通所介護・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〉

職種	常勤	業務内容
管理者兼介護職員	1名	事業所の運営、統括を行う。また、利用者またはその家族等の相談に適切に応じ、必要な助言、その他援助を行う。
生活相談員	1名以上	利用者またはその家族等の相談に適切に応じ、必要な助言、その他援助を行う。また、利用者の残存機能を十分に活かし、在宅で長く生活できるための必要な介護、支援を行う。
介護職員	1名以上	利用者の残存機能を十分に活かし、在宅で長く生活できるための必要な介護、支援を行う。
機能訓練指導員	1名以上	在宅での生活を少しでも長く継続していけるよう、作業や家事動作を主体にした機能訓練を行い、心身の機能の維持向上のための支援を行う。

〈勤務体制〉

職種	勤務体制
管理者 兼介護職員	月・火・水・木・金・土・祝日 8:15～17:15 1名
生活相談員	月・火・水・木・金・土・祝日 8:15～17:15 1名以上
介護職員	月・火・水・木・金・土・祝日 8:15～17:15 1名以上
機能訓練指導員	月・火・水・木・金・土・祝日 8:15～17:15 1名以上

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 当事業所では利用者に対して以下のサービスを提供します。

①個別サービス計画の立案

ケアカンファレンスを行い、多職種共同で利用者ひとりひとりに合った計画を作成します。あくまで利用者の自己決定・自己選択を重んじ、利用者本位の計画になるよう配慮します。

②残存機能を十分に活かした生活動作の支援

個別サービス計画に基づき、残存機能を活かした必要な支援をおこないます。過度の支援は利用者の残存機能を奪うことになるため、利用者が主体的に動作を行えるよう十分に配慮します。

③機能訓練

個別サービス計画に基づき、利用者の自己決定・自己選択により作業や家事動作を通して心身の機能の維持向上を目指した機能訓練を実施します。

④健康管理

その日の利用者の心身の健康の観察を行います。異常があれば、ご家族、関係各所に連絡いたします。緊急の場合はご家族、関係各所と連携し問題解決に努めます。

⑤食事（昼食のみ）

配食サービスを導入し、季節感のあるメニューを提供します。栄養のバランス、嗜好、心身の状態に合わせた食事を提供します。

⑥レクリエーション

利用者の趣味や希望を主体とした様々な活動を提供します。職員は利用者主体に活動に参加していただけるよう十分配慮しレクリエーション計画を立案します。

⑦その他自立への支援

(2) -1 基本料金（通所介護型サービス）

- ・次表の金額（基本料金1）は、仙台市で定める通所介護型サービスの基本となる報酬単価です。
- ・右の欄（基本料金2・3・4）に記載してある金額は1ヶ月のご利用当たりの自己負担額

です。

- ・(基本料金2)に記載された金額に、介護保険法で定める利用者のご利用状況に該当する各種加算が付加されます。(「(3) -1 加算」をご覧ください。)

区分	基本単位	基本料金1 (1単位=10.27円)	基本料金2	基本料金3	基本料金4
			自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)
要支援1	1,798単位	18,465円	1,847円	3,693円	5,540円
要支援2	3,621単位	37,187円	3,719円	7,438円	11,157円

(2) -2 (介護保険の給付対象となるサービス)

- ・次表の金額(基本料金1)は介護保険法で定める地域密着型通所介護の基本となる報酬単価です。
- ・右の欄(基本料金2・3・4)に記載してある金額は、1回のご利用当たりの自己負担額であり、月単位の基本料金合計を実際に算出する方法とは計算順序が異なります。
- ・(基本料金2)に記載された金額に、介護保険法で定める利用者のご利用状況に該当する各種加算が付加されます。(「(3) -2 加算」をご覧ください。)

要介護の区分	サービス提供時間 及び提供する区分	基本単位	基本料金1 (1単位=10.27円)	基本料金2	基本料金3	基本料金4
				自己負担額 (1割負担)	自己負担額 (2割負担)	自己負担額 (3割負担)
要介護1	7時間~8時間	753単位	7,733円	774円	1,547円	2,320円
要介護2	7時間~8時間	890単位	9,140円	914円	1,828円	2,742円
要介護3	7時間~8時間	1,032単位	10,598円	1,060円	2,120円	3,180円
要介護4	7時間~8時間	1,172単位	12,036円	1,204円	2,408円	3,611円
要介護5	7時間~8時間	1,312単位	13,474円	1,348円	2,695円	4,043円

- ・基本料金は実際にサービスの提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画に定められた地域密着型通所介護の提供に要する目安の時間を基準とします。

(3) -1 加算

通所介護型サービスに係る加算は以下の通りです。

介護職員等処遇 改善加算Ⅱ	合計単位数×9/100 (令和8年4月1日~令和8年5月31日)
介護職員等処遇 改善加算Ⅱイ	合計単位数×11.5/100 (令和8年6月1日~)

(3) - 2 加算

介護保険法で定められている地域密着型通所介護に係る加算は以下の通りです。

加算の種類	加算の該当条件	加算単位	基準額	自己負担分 (1割)	自己負担分 (2割)	自己負担分 (3割)
入浴介助加算Ⅰ	入浴サービスをうけた場合	40単位	410円 (1回)	41円 (1回)	82円 (1回)	123円 (1回)
入浴介助加算Ⅱ	入浴計画をもとに、在宅で入浴が継続できるよう入浴サービスをうけた場合	55単位	564円 (1回)	57円 (1回)	113円 (1回)	170円 (1回)
個別機能訓練加算Ⅰ(イ)	生活機能改善のための機能訓練	56単位	575円 (1回)	58円 (1回)	115円 (1回)	173円 (1回)
若年性認知症受入加算	若年性認知症の診断を受けた 65歳未満の方	60単位	616円 (1回)	62円 (1回)	124円 (1回)	185円 (1回)
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	合計単位数×9/100 (令和8年4月1日～令和8年5月31日)					
介護職員等処遇改善加算Ⅱイ	合計単位数×11.5/100 (令和8年6月1日～)					

(4) 利用者負担金

介護保険が適用になる利用者（事業対象者または、要支援者または、要介護認定を受けている方）は、前述(2)の(基本料金2～4)＋加算(3)の合計額をお支払いいただきます。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分に関しましては、全額自己負担となります。

(5) その他、利用者の実費負担になるもの（介護保険の給付とならないサービス）

以下のサービスは、利用者のご希望による選択（任意）により実施、ご利用金額の全額が利用者のご負担になります。

種類	基準額	備考
食費	650円	1食あたり
趣味活動材料費	実費	趣味活動の材料費（参加者のみ）
リハビリパンツ	150円	1枚あたり（現物でも可）
尿取りパッド	100円	1枚あたり（現物でも可）
複写物	10円	1枚あたり

(6) その他

(ア) 償還払い

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。要介護の認定をうけた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。償還払いとなる場合、保険給付の申請を行うために必

要とある事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

(イ) 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に応じて利用者の負担額を変更します。

(ウ) 経済状況の著しい変化、その他やむを得ない理由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合直前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う1ヶ月前までにご説明します。

(7) キャンセル料について

前日の営業時間までにキャンセルの連絡をいただいた場合についてはキャンセル料を請求いたしません。

当日のキャンセルについては、当日の食費650円をキャンセル料として頂戴いたします。

(8) 暫定でサービスを受けていて非該当の認定で決定した場合の利用料金について

種類	基準額	備考
デイ利用	4,000円	一律
入浴サービス	500円	1回

その他、上記(5)のサービスを受けた場合の金額の合計とする。

6. 利用料金のお支払い方法

利用料金は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求いたしますので、口座引き落とし以外でのお支払いの場合は、請求書到着日より7日間以内に以下(①・②)のいずれかの方法でお支払いください。(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします)

① 口座引落

② 窓口での現金支払い

③ 振込み：七十七銀行 向陽台支店

普通預金 口座番号 5380227

株式会社 GREEN SEEDS 代表取締役 白田 雄士

(振込み手数料はご負担願います。)

7. 事故発生時の対応について

(1) 緊急連絡先

サービス提供中に事故や利用者の容態の急変等、緊急の場合には「同意書」に記入

いただいた連絡先に速やかにご連絡します。

また、必要に応じて主治医、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、行政機関等へも連絡、報告します。

(2) 損害賠償について

当事業所において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、速やかに対処します。守秘義務に違反した場合も同様とします。但し、その損害の発生について、利用者に故意または過失が認められる場合には、利用者の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。

(3) 事故防止、再発防止対策

当事業所において「事故報告書」を整備し、事故の原因、対策、改善をスタッフ全員で周知し情報共有を図り、事故の再発防止に日々努めます。

8. 緊急時の対応方法について

利用者の容態に変化等があった場合は、かかりつけ医師に連絡する等必要な措置を講じる他、事前にお聞きする緊急連絡先のご家族の方に速やかに連絡いたします。

9. 苦情（相談）の対応について

当事業所では、利用者、家族よりの苦情（相談）に適切に対応する体制を整備し、苦情（相談）受付担当者、苦情（相談）解決責任者を置き利用者、家族からの苦情（相談）に対応いたします。

(1) 苦情（相談）受付担当者 生活相談員 笹井 由美

連絡先：022-341-9211

(2) 苦情（相談）解決責任者 代表取締役 白田 雄士

(3) 苦情解決の方法

- ・生活相談員が窓口となり、直接、電話、書面等により随時受付をいたします。
- ・苦情（相談）受付担当者が苦情（相談）を受付後、苦情（相談）解決責任者へ報告し、内容を確認したあと、申し出人に対して受け付けた旨を通知いたします。
- ・苦情（相談）解決責任者は、全スタッフに周知し、苦情（相談）に対して誠意を持って話し合い、適切に解決できるように努めます。

(4) その他の相談・苦情受付窓口としては、下記の窓口があります。

① 仙台市の相談・苦情受付窓口

仙台市健康福祉局 介護事業支援課 居宅サービス指導係

TEL：022-214-8192

② 国民健康保険団体連合会の苦情受付窓口

宮城県国民健康保険団体連合会

TEL : 0 2 2 - 2 2 2 - 7 7 0 0
③ 仙台市泉区の相談・苦情受付窓口 仙台市泉区役所介護保険係 TEL : 0 2 2 - 3 7 2 - 3 1 1 1
④ 仙台市青葉区の相談・苦情受付窓口 仙台市青葉区役所介護保険係 TEL : 0 2 2 - 2 2 5 - 7 2 1 1

10. 地域密着型通所介護・通所介護型サービス利用にあたっての留意事項

当事業所のご利用にあたって、通所介護・通所介護型サービスご利用者の共同利用の場としての快適性、安全性を確保するため、以下の事項をお守りください。

(1) 喫煙

喫煙は定められた場所で行います。

(2) 設備・備品の利用

本来の用法に従いご利用ください。これに反したご利用により、破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。故意に、また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、利用者のご負担により現状に復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。

(3) 金銭・貴重品の持ち込み

金銭についてはお預かりいたしません。利用者、家族の管理とさせていただきます。

(4) 当事業所では、利用者に安心してご利用いただくために、営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動を行うことはできません。

(5) その他

当事業所についての詳細はパンフレットをご用意いたしておりますのでご覧ください。

11. 災害対策

(1) 非常災害設備

火災報知機、消火器

(2) 訓練

年2回以上の避難訓練を行い、災害時においても利用者の安全が最大限確保できるよう努めます。

12. 守秘義務

当事業所では利用者にサービスを提供するにあたり、以下のことを守ります。

- (1) 利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- (2) 利用者の体調、健康状態から見て必要な場合には、医療機関と連携の上、利用者から聴取、確認します。
- (3) 当事業所でのサービスは、通所介護計画に基づいて提供されます。この計画は利用者に関わるあらゆる職種の職員の協議によって作成されますが、その際、本人、扶養者（本人の家族・後見人等）の希望を十分に取り入れ、また計画の内容については同意をいただいた上でサービスを提供します。

これらのサービス提供に関する記録は5年間保管します。この記録は利用者または代理人の希望により閲覧・謄写できます。

17. サービス利用をやめる場合

利用期間中は、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。

- (1) 利用者が死亡した場合
- (2) 事業者が破産した場合、またはやむを得ない事由により施設を閉鎖した場合
- (3) 事業者の過失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- (4) 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- (5) 利用者からの解約または解除の申し出があった場合

尚、以下の事項に該当する場合には即時に解約・解除することができます。

② 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事業者もしくはサービス従業者が正当な理由なく通所介護サービス・通所型サービスを実施しない場合

③事業者もしくはサービス従業者が守秘義務に違反した場合

④事業者もしくはサービス従業者が故意または過失によりご契約者の身体・財産・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情がみとめられる場合

⑤他の利用者が利用者の身体・財産・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

- (6) 事業者から解除を申し出た場合

①利用者が、利用時にその心身の状況及び病歴等の重要事項において、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果利用を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

②利用者によるサービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、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利用者が故意または重大な過失により事業者または、サービス従業者もしくは他の利用者の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、または著しい不信行為などを行うことによって、利用を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④著しい身体機能の低下等により、体力的にサービスの利用に耐えられないと判断される場合

(令和8年4月5日改訂)

デイサービス グリーンシーズいずみ
(地域密着型通所介護・通所介護型サービス)
利用同意書

デイサービス グリーンシーズいずみ (地域密着型通所介護・通所介護型サービス) を利用するにあたり、デイサービス グリーンシーズいずみ (地域密着型通所介護・通所介護型サービス) 重要事項説明書を受領し、担当者による説明を受け、これらの内容に関して、十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

【説明者】

職 名 _____ 氏 名 _____ 印 _____

株式会社 GREEN SEEDS

代表取締役 白田 雄士殿

【利用者】

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

電話番号 _____

【支払者 (請求書の発送先)】

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____ (続柄 _____) 電話番号 _____

勤務先 _____ 電話番号 _____

【保証人】

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____ (続柄 _____) 電話番号 _____

勤務先 _____ 電話番号 _____

【緊急時の連絡先】

氏 名 _____ 印 (続柄 _____) 電話番号 _____

勤務先 _____ 電話番号 _____

個人情報使用同意書

1. 個人情報の内容

「個人情報」とは、個人および家族に関する情報であって、特定の個人が識別され得るものをいう。氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況等、事業所が介護保険サービスを行うために最低限必要な利用者や家族の個人に関する情報をいう。

2. 使用する範囲および目的

- (1) サービスに質の向上、その他当事業所での管理運営業務に利用する場合。
- (2) 他の居宅サービス事業所や居宅介護支援事業所等の連携、照会への回答。
- (3) 介護保険事務のうち、審査支払い機関や行政機関、保険者等への明細書の請求または照会への回答。
- (4) 当該本人の診療等にあたり医療機関等からの意見・助言を求める場合。
- (5) 当該家族への身体状況の説明、賠償保険等に関わる保険会社等への相談、届出の為。
- (6) 介護サービスや業務の維持・改善のための資料作成、事例検討や研修、事故検討資料とする為。
- (7) 満足度調査や業務改善のためのアンケート、学生実習への協力の為。
- (8) 他の法令に基づく公的機関等への情報提供の為。

※事業所の広報誌、ホームページ、パンフレット等に写真が掲載される場合があります。
写真の掲載についてはどちらか一方をお選びください

<input type="checkbox"/> 掲載を許可します。	備考
<input type="checkbox"/> 掲載は許可できません。	

3. 使用にあたっての条件

- (1) 個人情報の提供は上記2. に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 事業者は個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。
- (3) 同意については、後からいつでも撤回、変更等を行うことができるものとする。

上記に同意します。

株式会社 GREEN SEEDS

代表取締役 白田 雄士殿

令和 年 月 日

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

上記代理人（代理人を選定した場合）

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

利用者家族代表

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____