

老人デイサービスセンター「いのくち」

(第1号通所事業)

利用契約書

重要事項説明書

社会福祉法人 内原野会

1. 事業所の概要

事業所名	老人デイサービスセンター「いのくち」		
所在地	高知県安芸市川北乙1735番地		
提供サービス	通所型サービス	定員	30名（介護利用者を含む）
事業所指定番号	第3970300087号		
管理者名及び 連絡先	氏名	連絡先	
	小原 都	電話 0887 (32) 0131	
サービス提供地域	安芸市 ※上記地域以外の方でも、ご希望の場合はご相談ください		

2. 事業所の職員体制

職 種	常 勤	常勤兼務	計
管 理 者	名	1名	1名
生 活 相 談 員	名	1名	1名
看 護 職 員	名	2名	2名
介 護 職 員	4名	1名	5名
機 能 訓 練 指 導 員	1名	名	1名

3. 営業時間

平日・土曜日及び祝祭日	9:00～16:15
-------------	------------

※年末年始(12月30日から翌年1月3日)は、休業します。

4. 利用定員

利用定員は介護利用者とあわせて30名です。

5. 通所型サービスの内容

- | | |
|-----------|----------------|
| (1)送迎 | (6)入浴サービス |
| (2)健康チェック | (7)給食サービス |
| (3)養護(休養) | (8)生活指導(相談・助言) |
| (4)口腔ケア | |

6. サービス利用料及び利用者負担金

- (1) 介護保険からの給付サービスを利用する場合の利用者負担金は、原則として利用料金の1割～3割です(介護保険負担割合証によって異なります)

【基本料金】

事業対象者	基本利用料	利用者負担額 (1割の場合)
要支援 1	月1～4回までのサービスを行った場合 4,360円(1回につき)	436円
	月4回を超えるサービスを行った場合 17,980円(月額)	1,798円
要支援 2	月1～8回までのサービスを行った場合 4,470円(1回につき)	447円
	月8回を超えるサービスを行った場合 36,210円(月額)	3,621円

【加算】

加算の種類	加算の要件及び利用者負担額
サービス提供体制 強化加算 I	事業対象者 要支援 1 880円/月
	事業対象者 要支援 2 1,760円/月
介護職員等処遇 改善加算 I イ	所定単位数に加算区分(Iイ)加算率(11.1%)を乗じた単位数を算定し、算定された単位数に単価10.0を乗じた額の1割～3割が加算額となります。 (介護保険負担割合証によって異なります)
送迎減算	事業所が送迎を行わない場合 △47円/片道

※各種加算は、該当者または施設が該当となった場合のみ加算されます。

※介護保険の給付範囲を超えたサービス利用は、全額自己負担となります。

(2) 食費

1日500円の実費となります。

レクレーションでおやつ作り等実施した場合には、実費を別途徴収いたします。

(3) 支払い方法

利用料は、毎月末締め・翌月請求いたします。口座振替にてお支払い下さい。

(四国銀行、郵便局、高知県農業協同組合)

原則、現金でのお支払いは出来ません。

(4) 居宅サービス計画なしについて

通所型サービスは、居宅サービス計画の作成等に基づいて実施しています。

居宅サービス計画の作成がない等、市町村から直接利用料が支払われない場合は、一旦利用料(10割)をいただき、サービス提供証明書を発行します。

後日、サービス提供証明書を市町村の窓口で提出しますと、払い戻しを受けることができます。

7. キャンセル

通所介護の利用をキャンセルする場合は、速やかに次の連絡先までご連絡ください。できる限り前日までにお願いします。

連絡先: 老人デイサービスセンター「いのくち」 (電話) 32-0131

8. 事故発生時の対応

(1) 利用者に対して、指定通所介護事業所のサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者にかかる居宅介護支援事業者等に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。

(2) 前項の事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。

(3) 利用者に対する指定通所介護事業所のサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行うものとします。

9. 当事業所の運営方針

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て自立した生活を営むことができるように、必要な日常生活の世話及び機能訓練を行います。これにより、利用者の社会的孤立感の解消及び、心身の機能維持並びに、家族の身体的・精神的負担を軽減できるような運営に努めます。

10. 窓口相談、苦情相談

(1) サービスに関する相談や苦情は、次の窓口で対応します。

お客様相談窓口	電話番号	0887-32-0131
	FAX番号	0887-32-0120
	生活相談員氏名	小原 都(おはら みやこ)
	対応時間	8:30~17:00

(2) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てができます。

高知県国民健康 保険団体連合会 (国保連)	所在地	高知市丸の内2丁目6番地5
	電話番号	088-820-8410
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	9:00~12:00 13:00~16:00

市町村介護保険 相談窓口 (安芸市役所)	所在地	高知県安芸市土居82番地1
	電話番号	0887-35-1003
	FAX番号	0887-35-1555
	対応時間	8:30~17:15

11. 当法人の概要

名 称	社 会 福 祉 法 人 内原野会
代表者氏名	理 事 長 小松 悟
所在地・電話	安芸市川北乙1735番地 35-5557
業務の概要	特別養護老人ホーム「つつじの丘」の運営管理
事業所数	1ヵ所

12. 身体拘束について

介護サービスの提供にあたり、利用者本人又は他利用者等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、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わないものとします。

13. 高齢者虐待防止について

介護サービスの提供にあたり、利用者の人権の擁護、虐待の防止等を推進する観点から虐待等の発生を防止するための措置として、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定め配置します。また、高齢者虐待防止に向けた周知を図り、高齢者本人とその家族だけでなく介護職員等も虐待について明確にし、防止に向けた充実を図ります。

14. 個人情報に関する基本方針

社会福祉法人 内原野会(以下「法人」)は、保有する利用者等の個人情報に関し適性かつ適切な取り扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得るために、自主的なルール及び体制を確立し、下記の通り個人情報の保護を図ることをここに宣言します。

(1) 個人情報の適切な取得、管理、利用、開示、委託

- ① 個人情報の取得にあたり、利用目的を明示した上で、必要な範囲の情報を取得し利用目的を通知または公表し、その範囲内で利用します。
- ② 個人情報の取得、利用、第三者提供にあたり、本人の同意を得ることとします。
- ③ 法人が委託をする医療・福祉関係者は、業務の委託にあたり、個人情報保護法と厚生労働省のガイドラインの趣旨を理解し、それに沿った対応を行う事業者を選定し、委託先への適切な監督をします。

(2) 個人情報の安全性確保の措置

- ① 法人は、個人情報保護の取組みを全役職員に周知徹底させるために、個人情報に関する規則等を整備し、必要な教育を継続的に行います。
- ② 個人情報への不正アクセス、個人情報の漏洩、滅失、または、き損の予防及び是正の為、法人内において規則等を整備し、安全対策に努めます。

(3) 個人情報の開示、訂正、更新、利用停止、削除、第三者提供の停止等の申し出がある場合には、相談窓口において速やかに対応します。

(4) 苦情の対応

法人は、個人情報取り扱いに関する苦情に対し、適切かつ迅速な対応に努めます。

15. 個人情報の利用目的

社会福祉法人 内原野会は、個人情報保護法および利用者の権利と尊厳を守り、安全管理に配慮する「個人情報に関する基本指針」の下、ここに利用者の個人情報の「利用目的」を公表します。

【利用者の介護サービスの提供に必要な利用目的】

(1) 施設内部での利用目的

- ① 施設が利用者等に提供する介護サービス
- ② 介護保険事務
- ③ 通所介護サービスの利用に係る施設の管理運営業務のうち次のもの
 - ・ 利用開始または終了等の管理 ・ 会計、経理
 - ・ 介護事故、緊急時等の報告 ・ 当該利用者の介護

(2) 他の介護事業者等への情報提供を伴う利用目的

- ① 施設が利用者等に提供する介護サービスのうち
 - ・ 利用者に通所介護サービスを提供する他の通所介護サービス事業所や居宅介護支援事業所との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答
 - ・ その他の業務委託
 - ・ 利用者の診療等にあたり、外部の医師の意見・助言を求める場合
- ② 介護保険事務のうち
 - ・ 審査支払い機関へのレセプトの提出
 - ・ 審査支払い機関または保険者からの照会への回答
- ③ 損害賠償保険に係る保険会社等への相談または届出等

【上記以外の利用目的】

(1) 施設内部での利用に係る利用目的

- ① 施設の管理運営業務のうち次のもの
 - ・ 通所介護サービスや業務の維持・改善の基礎資料
 - ・ 施設等において行われる学生等への実習への協力
 - ・ 施設において行われる事例研究等
 - ・ 施設発行の広報誌や行事等の写真の施設内掲示
 - ・ 下駄箱の名札の提示
 - ・ 作品掲示等への名札の提示

(2) 他の事業者等への情報提供に係る利用目的

- ① 施設の管理運営業務のうち
 - ・ 外部監査期間・評価機関等への情報提供

16. 個人情報の使用に係る同意

以下に定める条件の通り、私及び身元引受人は、社会福祉法人 内原野会が、私及び身元引受人、家族の個人情報を利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供または収集することに同意します。

(1) 利用期間

通所介護サービス提供に必要な期間および契約期間に準じます。

(2) 利用目的

- ① 介護保険における介護認定の申請および更新、変更のため
- ② 利用者に関わる通所介護計画(ケアプラン)を立案し、円滑にサービス提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- ③ 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、居宅介護支援事業者、自治体(保険者)、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- ④ 利用者が医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要のある場合
- ⑤ 利用者の利用する介護事業所内でのカンファレンスのため
- ⑥ 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- ⑦ その他サービス提供で必要な場合
- ⑧ 上記各号に関わらず、緊急を要するときの連絡等の場合

(3) 使用条件

- ① 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外決して利用しない。また利用者とのサービス利用に関わり契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- ② 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

17. 緊急時の対応方法

利用者に容体の変化などがあった場合は、医師に連絡するなど必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡致します。

第一連絡先

氏名	
住所	
連絡先	

第二連絡(身元引受人)

氏名	
住所	
連絡先	

18. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価期間名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

19. 介護現場におけるハラスメントの基本方針

基本方針は、職員が安心して働くことができるハラスメントのない労働環境の構築及び利用者に対する継続的で円滑な介護サービスの提供を行うため、事業者として、利用者や家族等(以下「利用者等」という。)によるハラスメントに対する基本的な考え方やその対応について定め、職員への共有及び利用者や家族等への周知を行います。

相談窓口	事業所	: 社会福祉法人内原野会 理事長 小松 悟
	介護職員相談窓口	: 高知県子ども福祉政策部 地域福祉政策課 TEL 090-6366-3000(月～金 10:00 ～16:00)

20. 非常災害時への対応

(1) 災害時の対応

第一に利用者の安全確保を行います。その後、可能な限り速やかにご家族への連絡を行います。このために職員緊急連絡網及びご家族への緊急連絡網を整備します。また、近隣施設応援体制を構築します。

(2) 防火設備

スプリンクラー屋内消火設備、自動火災報知設備、非常通報設備等

(3) 防火訓練

消防法令に基づき、消防計画をたて、職員及び利用者が参加する消火、通報及び避難訓練を実施しています。

- ・年3回(地震及び風水害) ・年2回(避難訓練、うち1回は夜間想定)
- ・福祉避難所開設の訓練(年1回)

(4) 非常災害対策

非常災害対策として消火設備、その他の非常災害に際して必要な設備を設け、関係機関への通報及び連携体制を整備し、非常災害に関する具体的な契約や通報、連携体制について定期的に職員に周知します。

(5) 災害に備えて

非常食料、飲料水、医薬品、日用品等の備蓄をしています。また、電話回線不通となった場合に備えて、消防署等と無線で交信できるようにしています。

21. 重要事項説明書の追加・変更

介護保険法等の改正により介護サービス利用料金の変更、職員人員配置の変更、営業日・時間帯の変更等がある場合は、施設利用説明書を追加・変更し、刷新してお渡しいたします。

22. 重要事項説明書の施行日

この重要事項説明書は平成30年 4月 1日より施行します。

令和 6年 4月 1日改正

令和 6年 6月 1日改正

令和 8年 4月 1日改正

令和 8年 6月 1日改正

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供にあたり、上記のとおり重要事項並びに個人情報使用同意書の取り扱いの説明をしました。

事業所住所 高知県安芸市川北乙1735番地
社会福祉法人内原野会
理 事 長 小松 悟 印

説明者 生活相談員
氏 名 小原 都 印

私は、事業者より上記の重要事項並びに個人情報使用同意書の取り扱いの説明を受け、同意しました。

利用者 住 所
氏 名 印

代理人 住 所
氏 名 印

身元引受人
住 所
氏 名 印

