

**介護予防・日常生活支援総合事業**  
**第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）契約書別紙**  
**（兼重要事項説明書）**

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

**1. 事業者（法人）の概要**

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 松高福祉会
主たる事務所の所在地	〒866-0014 八代市高島町4221番地
代表者（職名・氏名）	理事長 田方 初美
設 立 年 月 日	平成4年7月14日
電 話 番 号	0965-32-0088

**2. ご利用事業所の概要**

ご利用事業所の名称	みやび園デイサービスセンター	
サービスの種類	第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）	
事業所の所在地	〒866-0014 八代市高島町4221番地	
電 話 番 号	0965-32-0088	
指定年月日・事業所番号	平成12年3月27日指定	4370200497
実施単位・利用定員	1単位	定員25人
通常の事業の実施地域	八代市	

**3. 事業の目的と運営の方針**

事業の目的	要支援状態にある利用者が、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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため適切なサービスの提供に努めます。

**4. 提供するサービスの内容**

第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行

うことにより、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

## 5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで（1月1日を除く）
営業時間	午前8時00分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前9時00分から午後3時30分まで

## 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	1名（兼務）
生活相談員	1名以上
介護職員	3名以上
看護職員	1名以上（兼務）
機能訓練指導員	1名以上（兼務）

## 7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（管理者）は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	管理者 田方 みどり
担当職員の氏名	生活相談員 藤井 朝子

## 8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

**（1）第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）の利用料・・・基本部分、加算の合計の額となります。**

### 【基本部分：介護予防通所介護相当サービス】

利用者の要介護度	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
事業対象者 要支援1	1, 798円	3, 596円	5, 394円
要支援2	3, 621円	7, 242円	10, 863円

（注1）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に

新しい基本利用料を書面でお知らせします。

### 【加算：介護予防通所介護相当サービス】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額		
		利用者負担 （1割）	利用者負担 （2割）	利用者負担 （3割）
サービス提供 体制加算Ⅰ	介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70/100以上である場合	176円	352円	528円
介護職員等 処遇改善加算Ⅲ	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合	各種加算減算を加えて算定した単位数の1000分の80に相当する単位数		

### （2）その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき650円の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、1枚につき実費をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

### （3）支払い方法

上記（1）から（2）までの利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の20日（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直後の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 西日本シティ銀行 八代支店 普通預金 3035993 名義 社会福祉法人 松高福祉会 介護老人福祉施設みやび園 理事長 田方 初美
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日までに、現金でお支払いください。

## 9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに必要な措置を講じます。

## 10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、地域包括支援センター及び八代市へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0965-32-0088 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	八代市高齢者支援課	電話番号 0965-33-4436
	熊本県国民健康保険団体連合会	電話番号 096-214-1101
	熊本県社会福祉協議会	電話番号 096-324-5454
	熊本県運営適正化委員会	電話番号 096-324-5471

## 12. サービス利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

## 13. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、重要事項説明書の内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

事業者	所在地	熊本県八代市高島町 4221 番地	
	事業者（法人）名	社会福祉法人 松高福祉会	
	代表者職・氏名	理事長 田方 初美	印
	説明者職名		
	説明者氏名		印
利用者	住所		
	氏名		印
保証人	住所		
	氏名		印
家族代表者	住所		
	氏名		印

# 個人情報保護に対する基本方針

社会福祉法人松高福祉会（以下、「法人」という）は、利用者等の個人情報を適切に取り扱うことは、介護サービスに携わるものの重大な責務と考えます。

当法人が保有する利用者等の個人情報に関し適正かつ適切な取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、個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを厳守し、個人情報の保護を図ることをここに宣言します。

## 記

### 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 当法人が委託をする医療・介護関係事業者は、業務の委託に当たり、個人情報保護法と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、かつ秘密保持契約を締結した上で情報提供し、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 当法人は、個人情報保護の取り組みを全役職員等に周知徹底させるために、個人情報保護に関する規定類を設備し、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、個人情報の漏えい、滅失、またはき損の予防及び是正のため、当法人内において規程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・削除等への対応

当法人は、本人が自己の個人情報について、開示・訂正・更新・利用停止・削除等の申し出がある場合には、速やかに対応します。これらを希望される場合には、こちら（個人情報相談窓口電話32-0088田方・寺本）までお問い合わせ下さい。

### 4. 苦情の処理

当法人は、個人情報取扱に関する情報に対し、適切かつ迅速な処理に努めます。

なお、この個人情報保護方針は、当法人ホームページ

(URL <https://www.tagata-group.jp/miyabien/>) で公表するとともに、要望に応じて紙面にて公表いたします。

令和6年6月1日

社会福祉法人 松高福祉会  
理事長 田方 初美  
みやび園デイサービスセンター  
施設長 田方 みどり

## 個人情報の利用目的

社会福祉法人松高福祉会では、個人情報保護法及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方針」の下、ここに利用者の個人情報の「利用目的」を公表します。

### 【利用者へ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 介護サービスの利用にかかる施設の管理運営業務のうち次のもの
  - ・ 入退所等の管理
  - ・ 会計、経理
  - ・ 介護事故、緊急時等の報告
  - ・ 当該利用者の介護・医療サービスの向上

#### 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
  - ・ 利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
  - ・ その他の業務委託
  - ・ 家族等への心身の状態説明
  - ・ 利用者の診察等に当たり、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
  - ・ 保険事務の委託（一部委託含む）
  - ・ 審査の支払い機関のレセプトの提出
  - ・ 審査支払い機関又は保険者からの照会への回答
- ③ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

### 【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
  - ・ 看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の実習への協力
  - ・ 施設において行われる事例研究等

#### 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
  - ・ 外部監査機関、評価機関等への情報提供

なお、あらかじめ利用者本人の同意を得ないで、利用目的の必要な範囲を超えて個人情報を取り扱うことはいたしません。

令和6年6月1日

社会福祉法人 松高福祉会  
理事長 田方 初美  
みやび園デイサービスセンター  
施設長 田方 みどり

(本人、代理人用)

## 個人情報の使用に係る同意書

以下に定める条件のとおり、私（ ）および代理人（ ）は、社会福祉法人 松高福祉会 が、私および身元引受人、家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、又は収集することに同意します。

### 1. 利用期間

- ・介護サービス提供に必要な期間及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及び更新、変更のため
- (2) 利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが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、介護サービス事業者、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およ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、緊急を要する時の連絡等の場合

### 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る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。

年 月 日

本人 住 所 .....

(利用者)

氏 名 ..... 印

代理人 住 所 .....

(家族代表者)

氏 名 .....

続 柄 (利用者との関係) .....