

デイサービスセンター 福田ふれあい荘
介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業（緩和した基準による通所型サービス）
重要事項説明書兼契約書

_____（以下「利用者」という。）と社会福祉法人遠州中央福祉会（以下「事業者」という。）は、事業者が利用者に対して提供する第1号通所事業について、次のとおり契約します。

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

事業者の名称	社会福祉法人 遠州中央福祉会
主たる事務所の所在地	〒438-0818 磐田市下万能700番地
電話番号	0538-39-3370
法人の種別	社会福祉法人
代表者職	理事長
代表者氏名	安田 博俊

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	デイサービスセンター福田ふれあい荘	
サービスの種類	第1号通所事業（緩和した基準による通所型サービス）	
事業所の所在地	〒437-1209 磐田市南島529	
電話番号	0538-55-3143	
指定年月日・事業所番号	平成29年4月1日指定	22776900368
管理者の氏名	藤原 美千代	定員20名
通常の事業の実施地域	磐田市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、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、第1号通所事業（緩和した基準による通所型サービス）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等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（緩和した基準による通所型サービス）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、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、生活等に関する相談及び助言を行うことにより、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 ただし、国民の祝日（振替休日を含む）、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時00分から午後5時00分まで
サービス 提供時間	午前10時30分から午後14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	常勤兼務 1人
介護職員	1人以上

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の責任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。

サービス提供責任者の氏名	藤原 美千代
--------------	--------

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、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割、2割又は3割の額です。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（緩和した基準による通所型サービス）の利用料

	利用者負担
要支援1、2・事業対象者	月包括 1, 276単位
要支援2・事業対象者	月包括 2, 570単位

※ 袋井市は地域区分が「7級地」であるため、上記表の単位数に10.14円を乗じた金額の1割又は2割、又は3割が自己負担となります。

(2) その他の費用

食費	食事の提供を受けた場合、1食につき490円 当日来所されていて、ご利用者の急な体調不良及びご利用者の用事等で食事を摂られずに帰られた場合、食費は請求させていただきます。食事の用意が必要ない場合は前日までにご連絡ください。
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) 利用者はサービス提供の対価として、上記に定める利用料金の合計額を、月毎に支払います。

事業者は、当月の利用料金の合計額の請求書を翌月20日までに利用者へ発送します。

利用者は、当月の利用料金の合計額を、翌月末日までに支払います。

事業者は、利用者から利用料金の支払いを受けたときは、利用者に領収書を発行します。

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、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の 名称 氏名 電話番号 () —
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (続柄) () 電話番号 () —

10. 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係わる居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情処理

あなたは、当事業者の通所介護事業の提供について、いつでも苦情を申し立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申し立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

- (1) 苦情相談窓口 電話番号 0538-55-3143
- (2) 苦情受付担当者 藤原 美千代
- (3) 苦情処理責任者 鈴木 康成

- (4) 市町村や国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申し立てることができます。

市 町 村	磐田市 担当窓口	磐田市健康福祉部 高齢者支援課
		電話番号 0 5 3 8－3 7－4 7 6 9
国民健康保険団体連合会		担当窓口 介護保険課（苦情専用）
		電話番号 0 5 4－2 5 3－5 5 9 0

- (5) 当事者間で処理しがたい苦情やあなたが直接苦情を申し立てがたい場合には、第三者委員に苦情を申し立てることができます。

第三者委員

- | | |
|--------|-------------------|
| ・ 田中健作 | 電話番号 0538-38-1215 |
| ・ 横井俊二 | 電話番号 0539-62-4511 |
| ・ 藤田正利 | 電話番号 0538-34-1568 |

1 2. サービスの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、できる限り早めに当事業所又は担当の地域包括支援センター等へご連絡ください。

1 3. 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。

1 4. 業務継続計画の策定等について

事業所は感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

1 5. 感染症の予防及びまん延防止

事業所は、感染症の発生と、まん延を防止するために必要な措置を講じます。

1 6. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、必要な措置を講じます。

1 7. 研修について

事業所は、全ての介護に携わる職員に対し、認知症介護に係る基礎的な研修を受講させるために必要な措置を講じます。

1 8. ハラスメント対策

事業者は、働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

1 9. 地域との連携等

事業所は、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流に努めます。

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、上記のとおり重要事項を説明しました。

(事業者)

所在地 磐田市南島 5 2 9

名 称 デイサービスセンター福田ふれあい荘

説明者

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書となることについても同意します。

(利用者)

住 所

氏 名

(代理人)

住 所

氏 名 続柄

※代理人本人の直筆署名でない場合は押印をお願いします。

令和 7 年 8 月 1 日改定

社会福祉法人 遠州中央福祉会 個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

(1) 使用する目的

- ①適切なサービスを円滑に行うためや、連携が必要な場合の情報共有のため
- ②サービス提供にかかる請求業務などの事務手続きやサービス利用・業務の維持にかかわる管理運営のため
- ③法令上義務付けられている、関係機関からの依頼があった場合
- ④損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- ⑤学生及び資格取得のための実習へ協力する場合
- ⑥介護保険、健康管理、国民年金、国民健康保険、後期高齢者医療に係る個人番号関係の事務手続きが必要な場合

(2) 使用に当たっての条件

- ①個人情報の提供は(1)に記載する目的の範囲内で必要最小限にとどめ、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に細心の注意を払うこと。
- ②事業所は、個人情報を使用した会議・出席者・内容等について記録しておくこと。

(3) 使用する期間

契約締結日から遠州中央福祉会介護保険サービスの契約終了日までの間とする。

令和 年 月 日

(利用者) 住所 _____

氏名 _____

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

(ご家族) 住所 _____

氏名 _____ 続柄 _____

※代理人本人・ご家族本人の直筆署名でない場合は押印が必要となります。

◆肖像権について

当法人のホームページ・SNS・施設内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者様の映像・写真を使用させていただく場合がございます。使用につきまして以下を○で囲んでください。

・ 同意する

・ 同意しない

令和6年10月1日改定