

社会福祉法人実寿總會  
デイサービスセンターみずほ  
介護予防・日常生活支援総合事業  
(第一号通所事業)  
介護予防通所介護相当

重要事項説明書

令和 6年 4月 1日

今後、条項を一部修正する場合があります。

## 社会福祉法人実寿穂会 デイサービスセンターみずほ重要事項説明書

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

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
(時津町・長与町指定 第 4270100946号)

当事業所はご契約者に対して、指定介護予防・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。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定・基本チェックリスト事業対象者認定の結果「要支援1」「要支援2」「事業対象者」と認定された方が対象となります。要介護支援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。

### ◆◆目次◆◆

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 職員の配置状況
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金
6. 苦情の受付について

令和 6年 4月1日 改訂

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 実寿穂会
- (2) 法人所在地 長崎県 長崎市岩屋町45番1号
- (3) 電話番号 095-860-6320
- (4) 代表者氏名 理事長 福島 卓
- (5) 設立年月 昭和50年4月7日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定通所介護事業所・平成18年4月1日指定  
長崎県 4270100946号  
※当事業所は以下の加算対象サービスを実施しています。  
①運動器機能向上加算 ②口腔機能向上 ③複数サービスI2
- (2) 事業所の目的 指定介護予防・日常生活支援総合事業(第1号通所事業)介護  
予防通所介護相当は、介護保険法に従いご契約者(利用者)  
が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営  
む事ができるように支援することを目的としてご契約者に介  
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を提供します。
- (3) 事業所の名称 社会福祉法人実寿穂会 デイサービスセンターみずほ
- (4) 事業所の所在地 長崎県長崎市岩屋町45番1号
- (5) 電話番号 095-855-1411
- (6) 施設長(管理者) 福島 玉美
- (7) 当事業所の運営方針  
事業所の従事者は、利用者が要支援状態になった場合においても、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  
常に利用者の立場に立った必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことで利  
用者の生活機能の維持又は向上を目指します。
- (8) 利用定員 40人

## 3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域  
住吉町・昭和・泉町・大宮町・大園町・錦・滑石・横尾・柳谷町・高尾町・油木町・  
若竹町・花丘町・赤迫・岩屋町・千歳町・中園町・大手・虹が丘町・葉山・若葉町・  
西町・西北町・住吉台町・北陽町・北栄町・鳴見町・鳴見台・畝刈町・京泊・園田町・  
四杖町・さくらの里・牧野町・長与町・時津町。  
この他に送迎が必要な場合は、交通費実費をご負担又は家族送迎とします。

## (2) 営業日及び営業時間

営業日	月・火・水・金・土曜日
休業日	木・日曜日 ※年末年始が休みになる場合もございます
受付時間	月・火・水・金・土曜日 8:30～17:30
サービス提供時間	月・火・水・金・土曜日 10:00～16:00

## 4. 職員の配置状況

当事業所では、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)介護予防通所介護相当サービス及び指定通所介護サービスを提供する職員として、以下の職員を配置しています。

<主な職員の1日の配置状況>

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤換算	指定基準
1. 事業所長 (管理者)	1名	1名
2. 生活相談員	1名	1名
3. 介護職員	4. 5名以上	4名以上
4. 看護職員	1名以上	1名以上
5. 機能訓練指導員	1名	1名
6. 歯科衛生士	1名	1名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、  
1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. 生活相談員	勤務時間：8:30～17:30 ☆原則として1名以上が勤務します。
2. 介護職員	勤務時間：8:30～17:30 ☆原則として職員1名あたり利用者5名のお世話をします。 ☆原則として4名以上が勤務します。
3. 看護職員	勤務時間8:30～17:00 ☆原則として、1名以上が勤務します。
4. 機能訓練指導員	☆看護職員が兼務します。 ☆原則1名以上が兼務します。

## 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が各市町村介護予防・生活支援サービス事業実施要項から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

- (1) 各市町村介護予防・生活支援サービス事業実施要項の給付の対象となるサービス(契約書第5条参照)

以下のサービスについては、負担割合額を除く金額が介護保険から給付されます。加算対象者サービスについては利用者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容については、介護予防サービス計画にした沿い、事業所と利用者で教示した上で介護予防通所介護相当計画に定めます。

<サービスの概要>

☆共通的服务

### ①食事

- ・食事の準備、介助を行います。
- ・当事業所では、栄養並びにご契約者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。

(食事時間) 12:00～

### ②入浴

- ・入浴又はシャワー浴・清拭を行います。

### ③排泄

- ・ご契約者の排泄の介助を行います。

### ④送迎サービス

- ・ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。ただし通常の実施地域外からのご利用の場合は交通費実費のご負担又は家族送迎とさせていただきます。介護予防通所介護相当計画に記載されている場所(原則としてご自宅)以外への送迎も、ご家族様にて対応とさせていただきます。

☆加算対象サービス

下記のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。当事業所が要件を満たし契約者が選択された場合、加算額の1割をご負担いただきます。

### ① 口腔機能向上サービス加算：150単位 (※1月2回まで)

看護師又は歯科衛生士により、ご契約者の口腔機能の状態に応じて、口腔機能の改善管理指導計画を作成し、口腔清潔、摂食・嚥下機能の向上等を図るためのサービスを実施します。

### ② 科学的推進体制加算：1月につき40単位

利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔状態、認知症の状況その他利用者の心身状況等に係る基本的な情報を厚生労働省へ提出し、必要に応じて通所介護計画を見直すなどサービス提供にあたり、指定通所介護を適切かつ有効に提供するために活用します。

### ③ 口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ：5単位 ※6カ月に1回

利用中6カ月ごとに口腔内の状態を確認し、利用者の口腔状態に関する情報を利用者の担当介護支援専門員へ情報提供します。

下記の加算に関して、当事業所が要件を満たした場合に加算されます。

#### ☆体制加算

- ① サービス提供体制強化加算Ⅰ： 要支援1：88単位 要支援2：176単位  
介護職員のうち介護福祉士が、70%以上配置されている事業所に付加される加算です。
- ② サービス提供体制強化加算Ⅱ：要支援1：72単位 要支援2：144単位  
介護職員のうち介護福祉士が、50%以上配置されている事業所に付加される加算です。
- ③ サービス提供体制強化加算Ⅲ：要支援1：24単位 要支援2：48単位  
介護職員のうち介護福祉士が40%以上または、勤続年数が7年以上の者の占める割合が30%以上である場合に加算されます。

#### ☆事業所評価加算：1月に120単位

- ・運動器機能向上サービスについて、評価対象となる期間において、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合に加算されます。別に厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、都道府県知事に届け出た指定予防通所介護事業所において、評価対象期間（別に厚生労働大臣が定める期間を言う。）の満了日に属する年度の次の年度内に限ります。

#### ☆処遇改善加算

- ①介護職員処遇改善加算（Ⅰ）：所定単位数の5.9%加算
    - ・厚生労働省の定める基準に適合した場合。
  - ②介護職員処遇改善加算（Ⅱ）：（Ⅰ）の単位数の4.3%加算
    - ・厚生労働省の定める基準に適合した場合。
  - ③介護職員処遇改善加算（Ⅲ）：所定単位数の2.3%加算
    - ・厚生労働省の定める基準に適合した場合。
- 
- (1) 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）：所定の単位数の1.2%加算
    - ・厚生労働省の定める基準に適合した場合
  - (2) 介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ）：所定の単位数の1.0%加算
    - ・厚生労働省の定める基準に適合した場合
- 
- ☆ 介護職員等ベースアップ等支援加算：所定の単位数の1.1%加算
- ・厚生労働省の定める基準に適合した場合

#### <サービスの利用頻度>

☆利用する曜日や内容等については、介護予防サービス計画に沿いながら、ご契約者と協議の上決定し、介護予防通所介護相当計画に定めます。

☆ただし、契約者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

#### <サービス利用料金（1月あたり）>（契約書第6条参照）地域単価：10,000円

下記の料金表によって、ご契約者の要支援度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額の自己負担（負担割合証額）をお支払い下さい。（上記サービスの利用料金は、ご契約者の要支援度に応じて異なります。）

★基本サービス（負担限度額割合証1割負担の場合）

1. 要介護度 とサービス利用料金	<b>要支援1</b>	<b>要支援2</b>
	17,980円	36,210円
2. うち、介護保険 から給付される金額	16,182円	32,589円
3. サービス利用に係る 自己負担額（1－2）	1,798円	3,621円

★サービス提供体制強化加算

加算対象サービス	サービス提供体制強化加算Ⅰ（注1）		サービス提供体制強化加算Ⅱ（注2）	
1. ご契約者の要支 援別サービス料金	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2
	880円	1,760円	720円	1,440円
2. うち介護保険か ら支給される金額	792円	1,584円	648円	1,296円
サービス利用に係 る自己負担金（1 －2）	88円	176円	72円	144円

（注1 利用者に直接提供する介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上である場合に加算されます。

（注2 介護職員のうち介護福祉士が、50%以上配置されている事業所に付加される加算です。

★選択的サービス

加算対象サービスと サービス料金	生活機能向上 加算	一体的サービス提供 加算
	1,000円	4,800円
うち介護保険から支 給される金額	900円	4,320円
サービス利用に係る 自己負担金	100円	480円

加算対象サービスと サービス料金	口腔栄養スクリーニ ング加算Ⅱ	科学的介護推進体制 加算	口腔機能向上加算Ⅰ
	50円	400円	1,500円
うち介護保険から支 給される金額	45円	360円	1,350円
サービス利用に係る 自己負担金	5円	40円	150円

★減算対象サービス

減算対象サービス (同一建物からの利用の場合)	介護予防通所介護相当送迎減算	
1. ご契約者の要介護 とサービス料金	要支援1	要支援2
	3,760円	7,520円
2. うち介護保険から支給される金額	3,384円	6,768円
3. サービス利用に係る自己負担金（1-2）	-376	-752円
減算対象サービス (事業所が送迎を行わない場合)	送迎減算	
	-470	
うち介護保険から支給される金額	-423	
サービス利用にかかわる自己負担金	-47	

※一体的サービス提供加算は、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施した場合に算定できます。

※ 別途、合計額に5.9%相当の介護職員処遇改善加算（Ⅰ）・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）1.2%・介護職員等ベースアップ等支援加算1.1%が加わります。

※

★基本サービス（負担限度額割合証2割負担の場合）

1. 要介護度とサービス利用料金	要支援1	要支援2
		17,980円
4. うち、介護保険から給付される金額	14,384円	28,968円
5. サービス利用に係る自己負担額（1-2）	3,596円	7,242円

★サービス提供体制強化加算

加算対象サービス	サービス提供体制強化加算Ⅰ（注1）		サービス提供体制強化加算Ⅱ（注2）	
	要支援1	要支援2	要支援1	要支援2
1. ご契約者の要支援別サービス料金	880円	1,760円	720円	1,440円
2. うち介護保険から支給される金額	704円	1,408円	576円	1,152円
サービス利用に係る自己負担金（1-2）	176円	352円	144円	288円

（注1 利用者に直接提供する介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上である場合に加算されます。

（注2 介護職員のうち介護福祉士が、50%以上配置されている事業所に付加される加算です。

★選択的サービス

加算対象サービスとサービス料金	生活機能向上加算	一体的サービス提供加算
		1,000円
うち介護保険から支給される金額	800円	3,840円
サービス利用に係る自己負担金	200円	960円

加算対象サービスとサービス料金	口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	科学的介護推進体制	口腔機能向上加算
		50円	400円
うち介護保険から支給される金額	40円	320円	1,200円
サービス利用に係る自己負担金	10円	80円	300円

※一体的サービス提供加算は、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施した場合に算定できます。



★減算対象サービス

減算対象サービス (同一建物からの利用の場合)		介護予防通所介護相当送迎減算	
4. ご契約者の要介護 とサービス料金	要支援 1	要支援 1	要支援 2
	3,760 円	3,760 円	7,520 円
5. うち介護保険から支給される金額	3,008 円	3,008 円	6,016 円
6. サービス利用に係る自己負担金 (1-2)	-752 円	-752 円	-1,504 円
減算対象サービス (事業所が送迎を行わない場合)		送迎減算	
		-470	
うち介護保険から支給される金額		-376	
サービス利用にかかわる自己負担金		-94	

※ 別途、合計額に介護職員処遇改善加算 (I) 5.9%・介護職員等特定処遇改善加算 (I) 1.2%・介護職員等ベースアップ等支援加算 1.1%が加わります。

※

★基本サービス (負担限度額割合証 3 割負担の場合)

1. 要介護度 とサービス利用料金	要支援 1	要支援 2
	17,980 円	36,210 円
6. うち、介護保険 から給付される金額	12,586 円	25,347 円
7. サービス利用に係る 自己負担額 (1-2)	5,394 円	10,863 円

★サービス提供体制強化加算

加算対象サービス	サービス提供体制強化加算 I (注 1)		サービス提供体制強化加算 II (注 2)	
	要支援 1	要支援 2	要支援 1	要支援 2
1. ご契約者の要支 援別サービス料金	880 円	1,760 円	720 円	1,440 円
2. うち介護保険か ら支給される金額	616 円	1,232 円	504 円	1,008 円
サービス利用に係 る自己負担金 (1 -2)	264 円	528 円	216 円	432 円

(注 1 利用者) に直接提供する介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が 70% 以上である場合に加算されます。

(注 2 介護職員のうち介護福祉士が、50%以上配置されている事業所に付加される加算です。

★選択的サービス

加算対象サービスと サービス料金	生活機能向上 加算	一体的サービス提供 加算
		1,000 円
うち介護保険から支 給される金額	700 円	3,360 円
サービス利用に係る 自己負担金	300 円	1,440 円

加算対象サービスとサービス料金	口腔栄養スクリーニング加算Ⅱ	科学的介護推進体制加算	口腔機能向上加算
	50円	400円	1,500円
うち介護保険から支給される金額	35円	280円	1,050円
サービス利用に係る自己負担金	15円	120円	450円

※一体的サービス提供加算は、栄養改善サービス及び口腔機能向上サービスをいずれも実施の場合に算定できます。

★減算対象サービス

減算対象サービス (同一建物からの利用の場合)	介護予防通所介護相当送迎減算	
7. ご契約者の要介護とサービス料金	要支援1	要支援2
	3,760円	7,520円
8. うち介護保険から支給される金額	2,632円	5,264円
9. サービス利用に係る自己負担金 (1-2)	-1,126円	-2,256円
減算対象サービス (事業所が送迎を行わない場合)	送迎減算	
うち介護保険から支給される金額	-470	
サービス利用にかかわる自己負担金	-329	
	-141	

※ 別途、合計額に介護職員処遇改善加算（Ⅰ）5.9%・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）1.2%・介護職員等ベースアップ等支援加算 1.1%が加わります。

☆ご契約者がまだ要支援認定・基本チェックリスト対象者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いったんお支払いいただきます。要支援の認定を受けた後、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、介護予防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。

☆ご契約者に提供する食事の材料に係る費用を別途いただきます。（下記（2）①参照）

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

（2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第6条参照）

下記のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

①事の提供にかかる提供

ご契約者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

料金：1回あたり昼食費460円、おやつ代110円

②レクリエーション、クラブ活動

レクリエーションやクラブ活動に参加していただけます。

利用料金：材料代等の実費をいただきます。

③複写物の交付

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。

複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

1枚につき：10円

④日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担いただくことが適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

おむつ代：200円

パット代：100円

⑤散髪

美容師による出張散髪サービスを受ける場合にかかる費用です。

散髪代：1,550円

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

(2) 利用料金のお支払い方法（契約書第7条参照）

前記(1)、(2)の①についての料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求します。翌月25日に引き落としとなります。

☆金融機関口座からの自動引き落とし(利用できる金融機関：十八親和銀行)

※その他の料金については、当日に現金でお支払い下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第8条参照）

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、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の利用を中止、変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出てください。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して、協議します。

○契約者の体調の不良や状態の改善等により介護予防通所介護相当計画に定めた期日より利用が少なかった場合、又は介護予防通所介護相当計画に定めた期日より多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額は致しません。

○ご契約者の状態の変化等により、サービス提供量が、介護予防通所介護相当計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者と調整の上、介護予防サービス計画の変更又は要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。

利用日時は当事業所が作成する介護予防通所介護相当計画に記載し、利用者及び家族の同意を得た上で決定します。

月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始したり月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

一 月途中で要介護から要支援に変更となった場合

二 月途中で要支援から要介護に変更となった場合

三 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

☆月途中で要支援度が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

☆サービス利用の変更の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を契約者に提示して協議します。

## 6. 苦情の受付について（契約書第 21 条参照）

当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

生活相談員 山崎 紘史  
城尾 美貴子

○苦情解決責任者

管理者 福島 玉美

○連絡先

デイサービスセンターみずほ  
095-855-1411

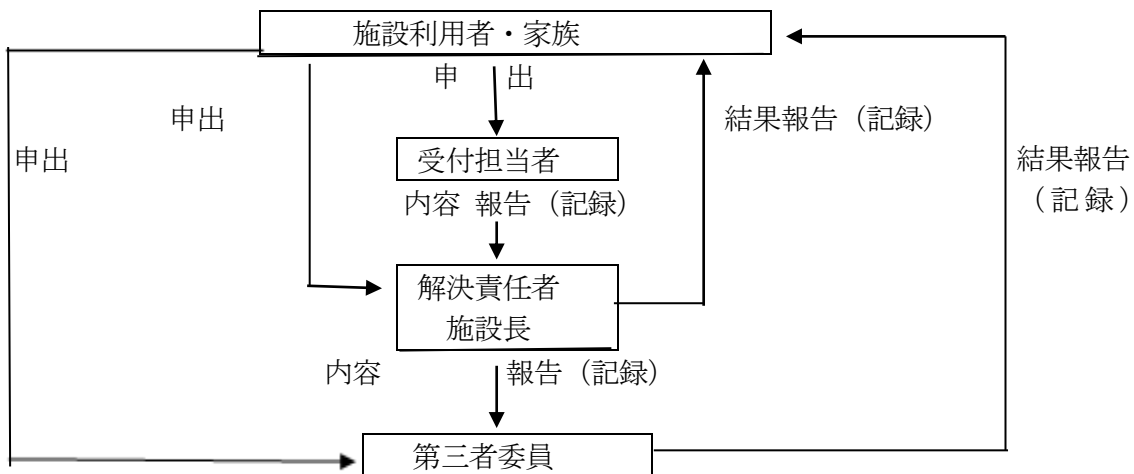
○受付時間

毎週月・火・水・金・土曜日（8：30～17：30）

### （2）行政機関その他苦情受付機関

長崎市 高齢者すこやか支援課	所在地：長崎市桜町2番22号 電話番号：095-829-1146 受付時間：平日 9：00～17：00
国民健康保険団体連合会	所在地：長崎市今博多町8番 電話番号：095-826-1599 受付時間：平日 9：00～17：00
長崎県社会福祉協議会	所在地：長崎市茂里町3番24号 電話番号：095-842-6410 受付時間：平日 9：00～17：00

苦情処理のイメージ図



令和 年 月 日

通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。  
社会福祉法人実寿穂会 デイサービスセンターみずほ

説明者職名 生活相談員 氏名 山崎 紘史 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定通所介護サービスの提供開始に同意しました。

●利用者住所 -----

氏 名 印

●代理人・立会人住所 -----

氏 名 印

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

## <重要事項説明書付属文書>

### 1. 事業所の概要

- (1) 建物の構造 鉄骨鉄筋コンクリート造 地上8階
- (2) 建物の延べ床面積 3232.22㎡
- (3) 事業所の周辺環境 公立中・高隣接の住居地域

### 2. 配置職員の職種

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	配置人員	業務内容
1. 管理者	1名	事業の統括及び調整を行います
2. 生活相談員	1名	ご契約者の日常生活の上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
3. 機能訓練指員 (看護師兼務)	1名	ご契約者の機能訓練を担当します。
4. 看護職員 (機能訓練指導員兼務)	1名以上	主にご契約者の健康管理や療養上の世話をいたしますが、日常生活上の介護、介助等もいたします。
5. 介護職員	5名以上	ご契約者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。
6. 歯科衛生士	1名	口腔ケアを担当します

### 3. 契約締結からサービス提供までの流れ

- (1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「介護予防サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「介護予防通所介護相当計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。（契約書第4条参照）

当事業所の生活相談員に介護予防通所介護相当計画の原案作成やそのために必要な調査等の業務を担当させます。



②生活相談員は介護予防通所介護相当計画の原案について、ご契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。

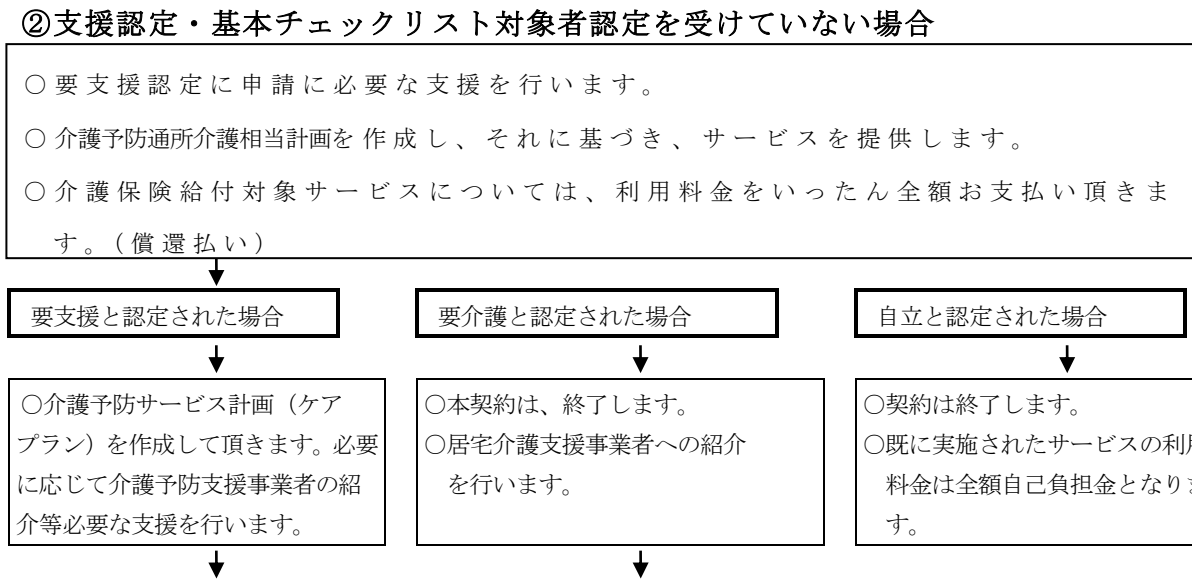
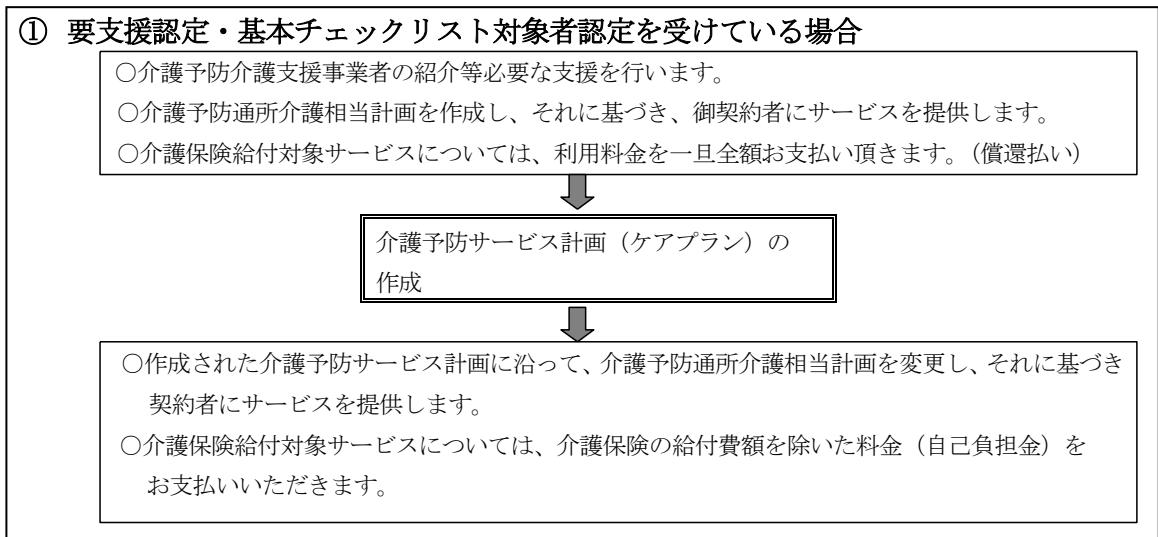
※ 選択サービスの利用の有無等については、介護予防サービス計画に定められます。

※介護予防通所介護相当計画では、介護予防サービス計画に沿って、具体的なサービス内容や援助目標を定めます。

③介護予防通所介護計画は、介護予防サービス計画（ケアプラン）が変更された場合、もしくはご契約者及びその家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご契約者及びその家族等と協議して、介護予防通所介護相当計画を変更致します。

④介護予防通所介護相当計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

(2) ご契約者に係る「介護予防サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。



介護予防サービス計画の作成	居宅サービス計画の作成
<p>○作成された介護予防サービス計画に沿って、介護予防通所介護相当計画を変更し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。</p> <p>○介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担金）をお支払い頂きます。</p>	<p>○本事業所の通所介護サービスが居宅サービス計画に位置づけられた場合には、通所介護サービスについて、料金やサービス内容についてご説明をし、同意いただいた場合には通所介護サービスの提供について改めて契約を締結します。</p> <p>○作成された居宅サービス計画に沿って、介護予防通所介護相当計画を作成し、それに基づき、ご契約者に通所介護サービスを提供します。</p> <p>○介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払い頂きます。</p>

#### 4. サービス提供における事業者の義務（契約書第9条、第10条参照）

当事業所では、ご契約者に対してサービスの提供にあたって、次のことを守ります。

- ①ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ②ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ③契約者に提供したサービスについて記録を作成し、その完結から5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ④ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- ⑤事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）
  - ・ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。
  - ・サービス担当者会議など、契約者に係る他の介護予防支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、契約者又はその家族等の個人情報を用いることができます。

#### 5. サービスの利用に関する留意事項

##### （1）施設・設備の使用上の注意（契約書第12条参照）

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又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、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。
- 高額な貴重品の持込はご遠慮下さい。紛失された場合は責任を負いかねます。
- 事業所は病の流行、感染症の拡大等により、利用者や職員等の健康に悪影響が生じる可能性がある場合には、利用者に対する予防措置等の指示や行動制限、関係者の面会中止・制限等の対策を取ることができます。利用者や関係者がこの指示に従わない場合、事業所はサービスの提供をお断りする場合があります。



(2) 喫煙

事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

(3) 食べ物の持ち込みについて

当事業所では、衛生管理上、食べ物の持ち込みは禁止しております。

## 6. 損害賠償について (契約書第 13 条、第 14 条参照)

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします

## 7. 非常災害対策

防火管理者を定め、非常災害に備えるために年 1 回、定期的に避難救出訓練を行います。

## 8. サービス利用をやめる場合 (契約の終了について)

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要支援・基本チェックリスト対象者認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の 2 日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。ただし、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。(契約書第 16 条参照)

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① ご契約者が死亡した場合</li><li>② 要介護認定又は要支援認定により、ご契約者の心身の状況が要介護又は自立と判定された場合</li><li>③ 事業者の解散・破産又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合</li><li>④ 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの提供が不可能になった場合</li><li>⑤ 事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合</li><li>⑥ 本契約が解約された場合 (契約書第 17 条から第 19 条参照)</li><li>⑦ 契約者が入院や自宅療養等で 2 年以上利用がない場合</li></ul> |
|---|

(1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出 (契約書第 17 条、第 18 条参照)

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに解約届出書をご提出ください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める介護予防・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を実施しない場合</li><li>② 業者もしくはサービス従事者が第 11 条に定める守秘義務に違反した場合</li><li>③ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合</li><li>④ 他の利用者がご契約者の身体・財物・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</li><li>⑤ 第 9 条 3 項に基づいて、契約者が本契約を解約する場合</li><li>⑥ 契約者の介護予防サービス計画 (ケアプラン) が変更された場合</li></ul> |
|---|

(2) 事業者からの契約解除の申し出 (契約書第 19 条参照)

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがた</li></ul> |
|--|

い重大な事情を生じさせた場合

- ②契約者による、サービス利用料金の支払いが2か月以上遅延し、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ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者、サービス従事者、他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うこと等によって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第16条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

## 個人情報に関する基本方針

社会福祉法人実寿穂会（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。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を行うとともに、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遵守し、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・介護関係事業者は、業務の委託に当たり、個人情報保護法と厚生労働省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、個人情報保護の取り組みを全役職員等に周知徹底させるために、個人情報に関する規則類を整備し、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、個人情報の漏えい、滅失、またはき損の予防及び是正のため、法人内において規則類を整備し、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への対応法人は、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、第三者提供の停止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、個人情報相談窓口（電話095-860-6320）までお問い合わせください。
4. 苦情の対応  
法人は、個人情報取扱に関する苦情に対し、適切かつ迅速な対応に努めます。

なお、この個人情報に関する方針は、当法人のホームページ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。（施設 URL <http://mizuhokai.jp>）

社会福祉法人 実寿穂会  
理事長 福島 卓

## 個人情報の利用目的

社会福祉法人実寿穂会では、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サービス
  - ② 利用料決定事務
  - ③ 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
    - ・利用開始・終了の管理
    - ・会計、経理
    - ・事故、緊急時等の報告
    - ・当該利用者のサービスの向上
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サービスのうち
    - ・居宅介護支援事業所等との連携、照会への回答
    - ・その他の業務委託
    - ・利用者の診療等に当たり、外部の医師の意見・助言を求める場合
    - ・家族等への心身の状況説明

### 【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
    - ・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・ボランティア活動への協力
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。

社会福祉法人 実寿穂会  
理事長 福島 卓  
デイサービスセンターみずほ  
管理者 福島 玉美

## 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、社会福祉法人実寿徳会 デイサービスセンターみずほが、私および代理人、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、また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支援認定の申請及び更新、変更のため
- (2) 利用者に関わる介護予防通所介護相当計画を立案し、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) 活動記録写真等については、広報誌、パンフレット、WEB へのアップロード（ホームページ、インスタグラム等の SNS への掲載）への記載、ボランティア団体への提供
- (8) その他サービス提供で必要な場合
- (9) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

注・・同意を除外する項目

上記の利用目的の内（ ） \_\_\_\_\_  
については同意を除外するものとする。

### 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は利用しない。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。

年 月 日

本人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

署名代行者 \_\_\_\_\_ 印（続柄 \_\_\_\_\_）

代行した理由 \_\_\_\_\_

家族 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印（続柄 \_\_\_\_\_）