

リバーサイド川島園デイサービス 介護予防・日常生活支援総合事業 第一号通所事業(通所型サービスA)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	社会福祉法人羽島郡福寿会
主たる事務所の所在地	〒501-6062 岐阜県羽島郡笠松町田代621番地の1
代表者(職名・氏名)	理事長 岩井 弘栄
設立年月日	平成5年12月10日
電話番号	058-388-5222

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	リバーサイド川島園デイサービス	
サービスの種類	第一号通所事業(通所型サービスA)	
事業所の所在地	〒501-6025 岐阜県各務原市川島河田町1348番地	
電話番号	0586-89-5611	
指定年月日・事業所番号	平成29年8月1日指定	2170600155
実施単位・利用定員	1単位	定員10人
通常の事業の実施地域	各務原市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態等にある利用者が、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

第一号通所事業(通所型サービスA)は、事業者が設置する事業所(リバーサイド川島園デイサービス)に通っていただき、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	日曜日及び12月30日から1月3日を除く毎日
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで
サービス提供時間	午前10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	常勤 1人
生活相談員	常勤 3人(2名は介護職員を兼務) 非常勤 1人(ショートステイ介護職員を兼務)
看護職員	常勤 2人、 非常勤 4人(3名は特養及びショートステイ看護職員を兼務、 1名は特養看護職員を兼務)
介護職員	常勤 3人(2名は生活相談員を兼務) 非常勤 4人(1名は生活相談員、ショートステイ介護職員を兼務)
機能訓練指導員	非常勤 1人

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の管理責任者(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 岩田 智也
----------	-----------

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) 第一号通所事業(通所型サービスA)の利用料…基本部分、加算、減算の合計の額となります。

【基本部分】

利用者の 要介護度	利用回数	基本利用料	利用者負担 1割	利用者負担 2割・【3割】
事業対象者 要支援1	月4回まで (週1回程度)	3,599円 (1回につき)	360円 (1回につき)	720円 【1,080円】 (1回につき)
事業対象者 要支援1	月5回 (週1回程度)	15,595円 (1月につき)	1,560円 (1月につき)	3,119円 【4,679円】 (1月につき)
要支援2	月8回まで (週2回程度)	3,599円 (1回につき)	360円 (1回につき)	720円 【1,080円】 (1回につき)
要支援2	月9回から10回	31,961円 (1月につき)	3,197円 (1月につき)	6,393円 【9,589円】 (1月につき)

(注1) 上記の基本利用料は、各務原市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱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。

(注2) 利用者負担額は、単位数×10.14(地域加算)の1割・2割又は3割で計算しています。ただし、小数点以下は切捨てとなるので、複数日の合計単位数で計算した場合、多少の誤差が生じることをご了承ください。

(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 590円 の食費をいただきます。
喫茶代	喫茶コーナーにてコーヒー等のお飲み物の提供を受けた場合、1杯につき 150円 いただきます。
レクリエーション・クラブ活動	希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただいた際に材料代等が必要な場合はその実費をいただくことがあります。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、紙パンツ1枚:100円、尿とりパッド1枚:50円の実費をいただきます。

再発行手数料	介護保険自己負担請求書・領収証等の再発行手数料として1部につき100円いただきます。
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)、(2)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。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、翌月中旬頃に差し上げます。

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27日(祝休日の場合は直後の平日)に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。

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、速やかに家族への連絡を行う等、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、担当の地域包括支援センター等及び各務原市等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) 当事業所における苦情の受付

社会福祉法第82条の規定により、当事業所では利用者やご家族の皆様からの苦情に適切対応する体制を、次のように整えております。当事業所における苦情解決責任者、苦情受付担当者及び第三者委員を下記により設置し、苦情解決に努めることとしています。

- 苦情解決責任者 岩田 智也(リバーサイド川島園施設長)
- 苦情受付担当者 可 児 幽(特別養護老人ホーム・生活相談員)
- 苦情受付副担当者 星 健吾(居宅介護支援センター・マネージャー)
- 苦情受付副担当者 松原 幸義(デイサービスセンター・マネージャー)

☆ 窓口受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30

電話番号 0586-89-5611 FAX 0586-89-5614

苦情面接、電話、書面などにより苦情受付担当者又は苦情受付副担当者が随時受け付けます。

苦情受付ボックスとしてリバーサイド川島園の喫茶コーナーに「ご意見番」を設置しております。

○ 第三者委員の配置

箕浦 久子 連絡先 羽島郡笠松町新町7 電話 058-387-2224

土岐 安代 連絡先 羽島郡岐南町伏屋4-194 憶念寺 電話 058-245-3835

小島 眞理子 連絡先 岐阜市柳津町上佐波3-152 等光寺 電話 058-279-0260

小島 祥司 連絡先 各務原市川島松倉町1241番地 電話 0586-89-5387
 ☆第三者委員は、苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するために設置しています。第三者委員に直接苦情を申し出ることもできます。

(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	各務原市高齢福祉課	電話番号 058-383-2124
	岐阜県国民健康保険団体連合会	電話番号 058-275-9826
	岐阜県運営適正化委員会	電話番号 058-278-5136

12. 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いたします。
- (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、できる限り早めに担当の地域包括支援センター等又は当事業所の担当者へご連絡ください。

13. 個人情報の取り扱いについて

利用者及びその家族の個人情報について下記により必要最低限の範囲内で使用、提供、又は収集します。

①使用目的

(1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、利用者の介護予防ケアプラン立案のために担当職員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合

(2) 上記(1)のほか、居宅介護支援事業所又は介護予防支援事業所、及び介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合

(3) サービス提供にかかる利用開始・終了手続きなどの管理運営業務のため

(4) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、利用者が体調等を崩し又は傷病等で病院へいったときで医師・看護師等に説明する場合

(5) 提供したサービスに関する請求業務などの介護保険事務のため

(6) 当法人で行われる職員研修における事例検討のため

(7) 当法人で行われる学生等の実習研修のため

(8) 審査支払い機関(国保連)や保険者からの照会など、法令上応じることが義務付けられている事項のため

(9) 外部監査機関・サービス評価機関への情報提供のため

(10) 損害賠償保険・傷害保険等に係る保険会社等への相談・届出のため

(11) その他、特に目的を特定の上、同意を得て収集した個人情報については、その利用目的に沿う範囲

②使用する期間

(1) サービスの提供を受けている期間

③使用する条件

(1) 個人情報の取り扱いにあたっては関係者以外のものに漏れることのないよう細心の注意を払います。

(2) 上記①の目的で使用した際の記録等について請求があれば当該部分について開示します。

《利用者ご本人の映像・写真について》

利用者ご本人の映像や写真を当法人の

ホームページ パンフレット 広報誌 施設内掲示物

に使用することを同意します。（同意しない項目にチェック）

令和 年 月 日

第一号通所事業（通所型サービスA）のサービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明及び個人情報の取り扱いについての説明を行ないました。

第一号通所事業（通所型サービスA） リバーサイド川島園デイサービス

説明者職名 職種 氏名 印

私もしくは私の家族等は、本書面に基づいて事業者から第一号通所事業（通所型サービスA）のサービスについて当該サービスに係る重要事項説明書に基づいて重要事項の説明を受け、第一号通所事業（通所型サービスA）のサービスの提供に同意します。また、個人情報の取り扱いに関しても十分理解したうえ同意します。

利用者 住所

氏名 印

利用者は（ ）により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、利用者に代わって、その署名を代行いたします。

署名代行者 住所

（又は法定代理人）

氏名 印（続柄： ）

家族等 住所

氏名 印（続柄： ）