

# 利用契約書および重要事項説明書・個人情報共有の同意書

(指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業)

指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所のサービスの提供開始にあたり、当事業所が説明すべき事項は次のとおりです。

## 1. 事業者

名 称	株式会社 夢のみずうみ社
所 在 地	山口県山口市中尾木乃787番地1
法 人 種 別	株式会社
代 表 者 職 名	代表取締役 片山 勝彦
連 絡 先	TEL (083) 995-2821 FAX (083) 995-2824

## 2. ご利用の事業所

名 称	夢ハウス丸山
所 在 地	山口県防府市大字西浦 586
管理者の氏名	野村 かやの
連 絡 先	TEL (0835) 39-2215 FAX (0835) 39-2205
指定事業所番号	3590600163

## 3. 事業の目的と運営の方針

事業目的	住み慣れた自宅・地域で生活を続けるための生活支援サービス（通い・訪問・泊まり）を、家庭的な環境の下で提供いたします。
運営方針	自宅での日常生活動作（食事・排泄・入浴・整容・更衣など）を重視いたします。 生活が楽しめるよう支援いたします。 自己選択自己決定に基づき支援いたします。 家事をはじめとする生活関連行為や野外での園芸等に取り組むことを通じて、潜在能力及び能力の最大限の発揮を促すよう支援いたします。 地域福祉への貢献を念頭に、地域に密着した文化やゆとりを大切にしたケアの実践に努めます。

## 4. 秘密保持

秘密保持	<ul style="list-style-type: none"><li>① 正当な理由がない限り、利用者及び家族に対するサービスの提供にあたって知り得た秘密は漏らしません。</li><li>② サービス担当者会議などにおいて、サービス計画を作成するなどのために限り、利用者及び家族の個人情報を用いる場合、必ず事前に利用者及び家族の同意を得ます。</li><li>③ 個別の介護記録、看護記録及び介護計画は本人（主介護者含む）が希望時に開示できます。</li></ul>
------	--

## 5. 職員体制

従業員の職種	常勤	非常勤	保有資格	交代勤務
管理 者	1名		介護福祉士	早出：8時～17時 日勤：9時～18時 遅出：10時～19時 夜勤：16時～翌10時 宿直：19時～翌8時
介護支援専門員	1名		介護支援専門員	
看護職員	1名以上		看護師	
介護職員	8名以上	1名以上	介護福祉士を含む	

## 6. 営業日、通常の事業実施地域、事業の定員

営業日・営業時間	365日、24時間
実施地域	防府市（主に華城地区、西浦地区、中関地区、大道地区）
登録利用者定員	29名
通い利用者定員（1日）	18名
宿泊利用者定員（1日）	9名

## 7. 利用料

※本人の合計所得金額により利用者負担割合が異なります。負担割合については、保険者より交付されます「介護保険負担割合証」に基づきます。

### ①介護保険利用一部負担金

介護度	1割負担	日割り	2割負担	日割り	3割負担	日割り
要支援1	34,50円	113円	6,900円	227円	10,350円	340円
要支援2	6,972円	229円	13,944円	458円	20,916円	688円

<下記加算対象となる方はその要件を満たした月は加算請求となります。>

(1割負担の場合の金額、2割負担の場合は金額×2、3割負担の場合は金額×3)

\*サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ 750円／月 介護福祉士を70%以上、又は、勤続10年以上の介護福祉士が25%以上のいずれかに該当する場合。利用者の情報、留意事項、従業者の技術指導を目的とした会議及び個別研修を定期的開催しているので請求します。

\*事業所に登録しサービスを開始した日から30日間は、初回加算として1日30単位を請求します。30日を超える入院後に利用を再開された場合も同様です。

\*総合マネジメント体制強化加算 1200円／月 個別サービス計画について隨時適切に見直しを行い、地域活動参加への機会を確保しています。

\*口腔・栄養スクリーニング加算 20円／6か月

\*介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数に14.9%を乗じた単位数を請求します。

\*月の途中で登録しサービスを開始した日又は登録を解除した場合は日割りで請求します。

### ②介護保険の対象とならないサービス（費用）

朝食の提供に要する費用（食材料費含む）	350円
昼食の提供に要する費用（食材料費含む）	700円（おかずのみ450円）
夕食の提供に要する費用（食材料費含む）	680円（おかずのみ450円）
宿泊に要する費用（1日）	2,800円
おむつ代	*施設用を購入した場合 パット 小 50円 中 70円 大 130円 紙パンツ M 110円 L 120円 LL 130円 紙おむつ M 120円 L 140円 LL 150円 両面パット 50円 他、実費
その他日常生活にかかる費用	洗濯代 250円／回 歯ブラシ、歯磨き粉 他、実費

## 8. 利用料の納入方法

納入方法	毎月 25 日にご指定の口座より振替をいたします。 ただし、振替日が休日の場合、金融機関の翌営業日となります。手数料は不要です。
口座振替を行える金融機関	山口銀行、ゆうちょ銀行、JA

\*利用料金の支払いが 2 ヶ月以上遅延した場合は、利用中止とさせていただきます。

## 9. 身体拘束等について

身体拘束等の禁止	当該利用者又は他の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等を行うことは、介護保険指定基準において禁止の対象となっています。
緊急やむを得ない場合	<ol style="list-style-type: none"><li>利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い。</li><li>身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する看護・介護方法がない。</li><li>身体拘束その他の行動制限が一時的である。 上記の条件をすべて満たしているため、緊急やむを得ず身体拘束等を行う必要がある場合は、必ず理由、経過を記録し、ご家族に説明を行う。</li></ol>

## 10. 人権擁護・虐待防止について

人権擁護・虐待防止 虐待防止に関する窓口	事業者は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に揚げるとおり必要な装置を講じます。 1. 虐待防止の対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。 2. 虐待防止のための指針の整備をしています。 3. 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しております。 4. 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、防止策を講じるとともに、速やかに市へ報告します。 虐待防止責任者 野村 かやの
-------------------------	---

## 11. 緊急時の対応

対応方法	サービス利用中において、緊急の事態が発生した場合は、協力医療機関への要請を行うか、又は救急搬送させていただきます。
協力医療機関	渡辺内科・呼吸器科（防府市平和町 12 番 1 号） 診療科：内科、呼吸器科 電話（0835）23-1955

## 12. 非常災害対策

火災・天災 その他の災害	<ol style="list-style-type: none"> <li>事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、介護サービス提供中に天災その他の災害が発生した場合、利用者の避難など適切な措置を講じる。 災害対策に関する担当者（防火管理者）： 野村かやの</li> <li>非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害時の関係機関への通知及び連携体制を整備し、従業者に周知徹底を図る。</li> <li>定期的に実際の避難経路を使った避難、救出その他の必要な訓練を年2回行う。</li> </ol>
協力機関	<ol style="list-style-type: none"> <li>防府市消防本部 (0835) 23-9901</li> <li>シミズ防災 (083) 922-8926</li> </ol>

## 13. 苦情など申立先

\*どのようなことでも申し出ください。迅速、丁寧に対応いたします。

当事業所ご利用 相談窓口	ご利用時間 平日 午前8時30分から午後5時30分 ご利用方法 電話 (0835) 39-2215 または当事業所にて面接、もしくは訪問いたします。 受付担当者 野村 かやの 熊谷 恵美
-----------------	--

\*公共機関の苦情申立窓口

防府市高齢福祉課	ご利用時間 平日 午前8時15分から午後5時00分 ご利用方法 電話 (0835) 25-2979 住 所 防府市寿町7番1号 市役所1号館1階 高齢福祉課
国民健康保険 団体連合会	ご利用時間 平日 午前9時00分から午後5時00分 ご利用方法 電話 (083) 995-1010 住 所 山口市朝田1980番地7 山口県国保会館（介護サービス苦情相談窓口）
山口県 社会福祉協議会	ご利用時間 平日 午前8時30分から午後5時00分 ご利用方法 電話 (083) 924-2837 住 所 山口市大手町9-6 山口県社会福祉会館3階 福祉サービス運営適正化委員会

## 14. 自己評価と外部評価

自己評価と外部評価の 実施	事業所は自ら提供する介護サービスの質の評価（自己評価）を概ね年に1回実施し、定期的に外部の者による評価（外部評価）を受け、それらの結果を公表します。
------------------	--

運営推進会議による外部評価の実施状況

外部評価の実施日	令和 7 年 3 月 19 日
外部評価の開示	 • なし

## 15. 特記事項

特記事項	<p>サービスの提供にあたっては、事故のないよう万全の態勢で臨んでおりますが、万一発生した場合、速やかに、ご家族、市町村等に連絡を取り、適切に対応いたします。</p> <p>なお、当施設では以下のとおり損害賠償保険に加入しています。</p> <p>本契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由により契約者に生じた損害について賠償する責任を負います。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・保険会社：三井住友海上火災保険株式会社</li><li>・保険名：福祉事業者総合賠償責任保険</li></ul>
------	--

## 16. 地域との連携

事業所は地域に密着したサービスとなるよう、また、事業所が地域に開かれ根ざしたものとなるよう、概ね2ヶ月に1回運営推進会議を開催し、介護サービス内容の報告、意見交換、地域交流を行います。

また、会議での記録を記載し開示、閲覧できるよう準備します。

運営推進会議の参加者は、原則として、利用者、利用者家族、地域の代表、市行政職員又は地域包括支援センター職員、知見を有する者で構成します。

## 17. サービス利用に当たっての留意事項

1. 現金や宝飾など貴重品はお持ちにならないでください。紛失等の責任は負いかねます。
2. 持ち物に名前の記入をお願いいたします。
3. 感染予防・誤嚥予防・食中毒予防・病状悪化等の為、他者への食品等を渡すことはご遠慮ください。利用者の飲食物のお持ち込みや持ち込み品でのトラブルは責任を負いかねます。
4. 施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
5. 他の利用者に迷惑を及ぼす行為や事業所の秩序・風紀を乱す行為はご遠慮ください。

## 18. 個人情報の使用について

使用する目的	事業所が介護保険法等の関係法令等に従い、私の居宅サービス計画に基づき小規模多機能サービス等を円滑に実施するために行う、サービス担当者会議、医療機関やサービス事業者等の連絡調整等、小規模多機能型居宅介護の実施において必要な場合に使用します。
使用する範囲	夢ハウス丸山事業（介護予防小規模多機能型居宅介護）
使用にあたっての条件	<p>① 個人情報の提供は、(使用する目的)に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、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最新の注意を払うこと。</p> <p>② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記載しておくこと。</p>

個人情報の利用目的	<input type="radio"/> サービスを提供する場合に必要な場合 <input type="radio"/> サービス計画の作成および変更に必要な場合 <input type="radio"/> サービス担当者会議や他の関係機関との情報交換および連絡調整のために必要な場合 <input type="radio"/> 関係機関からの照会への回答に必要な場合 <input type="radio"/> 利用者の容態の変化により、ご親族、医療機関および行政機関に緊急連絡を要する場合 <input type="radio"/> 行政機関の指導または調査を受ける場合 <input type="radio"/> サービスの質の向上のために、第三者評価機関より評価を受ける場合 <input type="radio"/> 苦情や事故の対応のために必要な場合 <input type="radio"/> 実習生への協力のために必要な場合 <input type="radio"/> サービスの質の向上のための事例検討会や勉強会に必要な場合 <input type="radio"/> 審査支払い機関への請求事務に必要な場合 <input type="radio"/> サービスや業務の維持改善のための基礎資料として必要な場合
-----------	--

19. ご家族の連絡先

ご家族の連絡先 ①	住 所	
	氏 名	
	TEL	
ご家族の連絡先 ②	住 所	
	氏 名	
	TEL	

指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業の提供開始に当たり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項及び契約書の説明を行いました。

株式会社 夢のみずうみ社

指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所

夢ハウス丸山 代表取締役社長 片山 勝彦 重要事項説明者氏名

私は、本書面に基づいて上記の重要事項を、事業者から説明を受けたことを確認し、指定介護予防小規模多機能型居宅介護事業所のサービスの提供開始に同意します。

また、当事業所の担当者が、サービス担当者会議等において、私及び私の家族に係わる個人情報を、他のサービス担当者へ提供することにおいて同意（します・しません）

令和 年 月 日

利 用 者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

利 用 者 の  
家 族 等 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_