

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事業】 契約書別紙（兼重要事項説明書）

1. 事業者（法人）の概要

事業者(法人)の名称	社会福祉法人 倣裏会
主たる事務所の所在地	〒621-0826 亀岡市篠町篠下中筋45番地1
代表者(職名・氏名)	理事長 荻原 理
電話番号	0771-24-6770

2. 事業所の概要

ご利用事業所の名称	亀岡あゆみデイサービスセンター	
サービスの種類	介護予防通所介護相当サービス	
事業所の所在地	〒621-0826 亀岡市篠町篠下中筋45番地3	
電話番号	0771-25-5840	
指定年月日・事業所番号	平成11年9月1日指定	2671600118
実施単位・利用定員	1単位	定員25人
管理者の氏名	河合 武志	
通常の事業の実施地域	亀岡市	

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、介護予防通所介護相当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

第一号通所事業は、事業者が設置する事業所に通っていただき、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	月曜から土曜 祝日営業 休業日(日曜 1月1日～1月3日)
営業時間	午前8時30分から午後5時まで
サービス提供時間	午前9時30分から午後3時30分まで 延長時間は、午前8時30分から午前9時30分まで 及び 午後3時30分から午後5時30分まで とします。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
生活相談員	1名以上(常勤換算で配置)
看護職員	1名以上配置
介護職員	利用者数に応じて、1名以上(常勤換算で配置)
機能訓練指導員	1名以上配置

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。

担当職員の氏名	生活相談員 古川晃平 木村真優
---------	-----------------

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割又は2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) 第一号通所事業の利用料

【基本部分】

利用者の介護度等	基本単価
要支援1	1,798単位(1月につき)
要支援2	3,621単位(1月につき)

【加算】 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。

- ☐若年性認知症加算 240 単位(月)
- ☐生活機能向上グループ活動加算(月) 100 単位(月)
- ☐口腔機能向上加算(Ⅱ)(月) 160 単位(月)
- ☐科学的推進体制強化加算 40 単位(月)
- ☐サービス提供体制強化加算Ⅰ(イ) ☐要支援1 88 単位(月)/☐要支援2 176 単位(月)

①基本単価()+②加算()=③_____単位

□介護職員処遇改善加算(Ⅰ)9.2% ③_____単位×9.2%=④_____単位

⑤合 計(③+④)		単位
⑥合計金額【⑤×1 単位=10.27 円】		円
⑦ご契約者負担	⑤の1 割□:	⑤の2 割□: ⑤の3 割□:
⑧□昼食 510 円 □おやつ 110 円 □喫茶代 110 円		円
⑨1 ヶ月の利用回数【概算:月 _____ 回×⑧食事代】=		円
⑩1 ヶ月あたりのサービス利用料金(⑦+⑨)		円

(2) その他の費用

延長料金	利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを利用した場合、1時間につき500円の延長料金をいただきます。
食 費	食事の提供を受けた場合、1回につき730円の食費をいただきます。 ※おやつ110円+喫茶代110円を含む
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、実費(現物返却)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)、(2)の利用料(利用者負担金)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、20日以内に差し上げます。

支払い方法
(1)ゆうちょ銀行からの口座振替 ※サービス利用の翌月20日(20日に引落ができない場合は末日)に引落をさせていただきます。
(2) ゆうちょ銀行、郵便局(窓口・ATM)、コンビニエンスストアでの払込 ※請求書に払込用紙を同封させていただきます。サービス利用の翌月末日までに払込頂きますようお願い致します。

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。

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亀岡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) 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 0771-25-5840 担当:古川 晃平
---------	-------------------------------

(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	亀岡市・市役所 高齢福祉課	所在地 亀岡市安町野々神8番地 亀岡市役所1階 電話番号(0771)25-5182 受付時間 午前8時30分～午後5時 (土曜日・日曜日・祝日を除く)
	京都府社会福祉協議会 運営委員会	所在地 京都市中京区竹屋町通烏丸東入る清水町 375ハートピア京都5階 京都府社会福祉協議会内 電話番号(075)252-2152 受付時間 午前8時30分～午後5時 (土曜日・日曜日・祝日を除く)
	京都府国民健康保険団体連合会	所在地 京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋町 620 COCON烏丸内 電話番号075-354-909 受付時間 午前8時30分～午後5時 (土曜日・日曜日・祝日を除く)

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。
- (4) 施設・設備の使用上の注意
 - ・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。

- ・事業所内は原則禁煙です。但し、個別にご相談下さい。
- ・飲食物・金銭等の持ち込みは原則にお断りしております。
- ・ご利用者同士の金銭、物品等の貸し借り等は、禁止しております。また、問題が生じても当事業所は一切責任を負いかねますので、予めご了承ください。
- ・携帯電話の持込及び使用は原則にお断りしております。
- ・他のご利用者へのお菓子等の提供は、疾患等(例:糖尿病による食事制限、服薬に伴うカリウム制限、塩分・カロリー制限など)による医師やご家族からのご要望がございますので、原則禁止しております。

(2) その他

- ・契約者は、新規利用及び心身の状況の変化等ある場合は、主治医に情報提供書(又は診断書)を依頼し、事業所に提出して頂きます。
- ・風邪(発熱、咳等)、病気(下痢、嘔吐等)の際はサービスの提供をお断りすることがあります。

介護予防・日常生活支援総合事業

指定第1号通所事業提供同意書

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 京都府亀岡市篠町篠下中筋 45 番地 3

事業者(法人)名 社会福祉法人 倣 裏 会

代表者・氏名 理事長 荻 原 理 印

説明者・氏名 印

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、この文書が契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

利 用 者

住所

氏名 印

署名代行者(又は法定代理人)

住所

氏名 印

(本人との続柄)