

日常生活支援総合事業  
第一号通所事業契約書別紙 (兼重要事項説明書)

「ぼれぼれケアセンター青山」が提供するサービスについての相談・苦情受付窓口  
電話番号 0742-20-0280  
担当窓口 井川 里美  
※ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

### 1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 うねび会
主たる事務所の所在地	〒634-0823 橿原市北越智町3-2-2番地
代表者（職名・氏名）	理事 酒井 宏和
電話番号	0744-28-6511

### 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ぼれぼれケアセンター青山	
サービスの種類	第一号通所事業	
事業所の所在地	〒630-8101 奈良市青山4丁目3番地3	
電話番号	0742-20-0280	
指定年月日・事業所番号	令和5年5月1日	2970190464
利用定員	定員30人	
管理者の氏名	井川 里美	
通常の実施地域	奈良市の区域とする。	

### 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、第一号通所事業を提供することを目的とします。
運営の方針	(1) 「尽道楽生」～ゆっくり、楽しく、一緒に～の理念のもと「笑い」と「穏やかな生活」を常に求め、ひとりひとりの尊厳を大切にしてお世話をさせていただきます。 (2) 家庭的な環境のもとで日常生活上のお世話及び生活リハビリテーションを行い、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援助を行います。 (3) 健康維持のため健康管理に努め、協力医療機関との連携を密にします。 (4) 自然との触れ合いを大切にします。 (5) 関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

#### 4. 秘密保持

- 1 従業員は、正当な理由がない限り、介護サービスの提供に際して知り得た利用者・家族及び身元引受人の秘密を漏らしません。
- 2 従業員が退職後、就業中に業務上知り得た利用者・家族及び身元引受人の秘密を正当な理由なく漏らしません。
- 3 サービス担当者会議等において利用者・家族の個人情報を用いることに同意を得ます。利用者・家族及び身元引受人から同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者・家族及び身元引受人の個人情報を用いませぬ。

#### 5. 苦情処理

利用者からの相談、苦情等に対する窓口を設置し、提供された介護サービスに関する利用者・家族及び身元引受人の相談、苦情等に対し、迅速に対応します。

#### 6. 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、入浴、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。

#### 7. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始を除きます。
営業時間	午前8時から午後5時まで
サービス提供時間	午前9時から午後4時15分まで なお、延長のご利用についてはご相談下さい

#### 8. 事業所の職員体制

	常勤		非常勤		合計
	専従	兼務	専従	兼務	
管理者		1			1
相談員		2			2
看護師		1		2	3
機能訓練指導員		1	2	1	4
介護福祉士		2			2
2級、初任者研修、実務者研修修了者			1		1
事務員					

##### 職務内容

##### (1) 管理者（兼務）

管理者は、事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、自らも指定通所介護・総合事業通所型サービスの提供に当たる。

(2) 従業者 生活相談員 看護職員 介護職 機能訓練指導員  
 従業者は指定通所介護・総合事業通所型サービスの提供に当たる。

## 9. 利用料

ご利用者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、ご利用者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、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) 第一号通所事業の利用料

#### 【基本部分】

サービス名称	サービスの内容	単位
通所型独自サービス1（支援1）	月5回以上利用	1798/月
通所型独自サービス1（支援1）	月4回までの利用	436/日
通所型独自サービス2（支援2）	月9回以上利用	3621/日
通所型独自サービス2（支援2）	月5回～8回までの利用	447/日

#### 【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。

加算の種類	単位
サービス提供体制加算Ⅱ 1（支援1）	72/月
サービス提供体制加算Ⅱ 2（支援2）	144/月
口腔機能向上加算Ⅰ	150/月
口腔機能向上加算Ⅱ	160/月
一体的サービス提供加算	480/月
科学的介護推進体制加算	40/月

\*上記金額は地域加算（10.27）を乗じた額

\*上記の基本料金は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改訂された場合は、これら基本料金も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本料金を書面でお知らせします。

\*介護職員処遇改善加算Ⅱロ（所定単位数の11.8%）の負担割合分を加算します

## (2) その他の費用

		利用料金
昼食代		1,000 円
介護食 (きざみ・ミキサー・トロミ)		100 円
教養娯楽費		300 円
おむつ代	尿とりパット	50 円
	フラット	70 円
	パンツタイプ	130 円
	テープタイプ	170 円

\* 給付対象外利用 (実費利用) につきましては、介護保険相当分のご負担をいただきます。

\* 上記の他、外食代・喫茶代・入場料・駐車料等は実費をいただきます。

## (3) サービスの中止

お客様の都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料をいただきます。

キャンセルの時期	キャンセル料
① ご利用日の前日午後 5 時までにご連絡をいただいた場合	無 料
② ご利用日の当日午前 8 時までにご連絡いただいた場合	500 円 (非課税)
③ ご利用日の当日午前 8 時までにご連絡がなかった場合	1,000 円 (非課税)

\* お客様の体調不良や状態の変化等により、サービスの中止の場合、原則として費用の変更はありません。

## (4) 支払い方法

上記 (1) (2) (3) の利用料 (利用者負担金) は、毎月、10 日前後に前月分のご請求をさせていただきます。

① 南都銀行の自動引き落としとさせていただきます。どちらの支店でも結構です。

所定の用紙を別途お渡しします。毎月 18 日 (金融機関休業日の場合は翌営業日) に自動引落させていただきます。

② やむを得ない事情がある方のみ下記へ 20 日迄にお振込み下さい。

振込先：南都銀行 神宮前支店 普通預金 口座番号 2078427

口座名義人 社会福祉法人うねび会 理事 酒井宏和

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 10 日前後に送付します。

## 10. 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。

### 1 1. 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へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

### 1 2. 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとする。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図る
- (2) 虐待防止のための指針の整備
- (3) 従業者に対し虐待を防止するための定期的な研修の実施
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

### 1 3. 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、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を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

### 1 4. 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。

事業者相談窓口	電話番号 0120-508-085
---------	-------------------

- (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	奈良市介護福祉課	電話番号 0742-34-5422
	奈良県国民健康保険団体連合会	電話番号 0120-21-6899

### 1 5. 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、できる限り早めに当事業所の担当者へご連絡ください。

日常生活支援総合事業  
指定第 1 号通所事業提供同意書

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 檀原市北越智町 3 2 2 番地

事業者名 社会福祉法人 うねび会 印

説明者 事業所名 ぼれぼれケアセンター青山

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 住所 \_\_\_\_\_  
身元引受人  
家族代表

氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄( )