契約書別紙（兼重要事項説明書）
（日常生活支援総合事業　第１号通所事業（通所介護相当））

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	医療法人三愛会
主たる事務所の所在地	〒917-0094　福井県小浜市多田2-2-1
代表者（職名・氏名）	理事長　　中山　真里子
設　立　年　月　日	平成29年4月11日
電　　話　　番　　号	0770－56-5588

２．ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	リリ・フィジオ	
サ ー ビ ス の 種 類	第１号通所事業（通所介護相当）	
事 業 所 の 所 在 地	〒917-0241　　福井県小浜市遠敷7丁目301	
電　　話　　番　　号	0770-53-3302	
指定年月日・事業所番号	平成30年1月1日指定	1860490042
実施単位・利用定員	2単位	定員35人
通常の事業の実施地域	小浜市	

３．事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、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、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１号通所事業（通所介護相当）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	月曜日から土曜日まで ※ただし、GW・8月15日、年末年始（12月29日から1月3日）は除く。	
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	（午前の部）	９時００分～１２時００分
	（午後の部）	１３時００分～１６時００分

６．事業所の職員体制

※令和７年４月１日現在

職　　種	資　　格	人　員　数	職務内容
管　理　者	介護福祉士	１名	事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業に関する法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。
生活相談員	介護福祉士	１名以上	利用者及び家族等からの相談に応じ、職員に対する技術指導、事業計画の作成、関係機関との連絡調整等を行う。
看護職員	准看護師	１名以上	利用者の日々の健康状態のチェック、保健衛生上の指導や看護を行う。
介護職員	介護福祉士	５名以上	利用者の入浴、食事等の介助及び援助を行う。
	介護職員	３名以上	
機能訓練指導員	理学療法士	１名	機能の減衰を防止するための訓練指導及び助言を行う。
	准看護師	２名	

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（生活相談員）及びその管理責任者（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等ありましたら、何でもお申し出ください。

担当職員の氏名	生活相談員　　湯浅　小百合
管理責任者の氏名	管　理　者　　湯浅　小百合

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１号訪問事業利用料・・・基本部分、加算の合計の額となります。

【基本部分】

利用者の 要介護度	基本利用料	**利用者負担 (1 割)**	**利用者負担 (2 割)**	**利用者負担 (3 割)**
事業対象者 要支援１	17,980円（１月につき）	**1,798円**	**3,596円**	**5,394円**
要支援２	36,210円（１月につき）	**3,621円**	**7,242円**	**10,863円**

（注１）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示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。

【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	1割負担	2割負担	3割負担	
口腔機能向上加算Ⅰ	150円	300円	450円	1回につき（月2回を限度）
口腔機能向上加算Ⅱ	160円	320円	480円	1回につき（月2回を限度）
栄養改善加算	200円	400円	600円	1回につき(3月以内の期間に限り月2回を限度)
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅰ	20円	40円	60円	1回につき
口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱ	5円	10円	15円	1回につき（口腔機能向上加算を算定している場合）
サービス提供体制加算（Ⅰ）	88円	176円	264円	事業対象者・要支援１・要支援２（１月につき）
サービス提供体制加算（Ⅱ）	72円	144円	216円	事業対象者・要支援１・要支援２（１月につき）
サービス提供体制加算（Ⅲ）	24円	48円	72円	事業対象者・要支援１・要支援２（１月につき）
科学的介護推進体制加算	40円	80円	120円	1月につき
生活機能向上グループ活動加算	100円	200円	300円	1月につき
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	100円	200円	300円	1月につき、3月に1回を限度
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	200円	400円	600円	1月につき
介護職員処遇改善加算Ⅲ	全体の8.0%			介護保険分利用料の合計額に対して/月
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位の5%			中山間地域において、通常の事業実施地域以外に居住する利用者へサービス提供した場合

（2）その他の費用

食事提供代	提供なし	紙おむつ代	1枚　140円
おやつ代	1食　110円	尿取りパッド代	1枚　　30円
絆創膏／ガーゼ	1枚　　10円	ビニール袋	1枚　　5円
屋内外行事に係る費用・その他の日常生活に要する費用 （「利用者の希望により、個別に提供される、個人用の日用品費」および「利用者等の希望により、個別に提供される、クラブ活動や行事における材料費」等）			

（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、下記の方法でお支払いください。

なお、請求明細書の発行は、サービスを利用した翌月の中旬になります。

支払い方法	支払い要件等
口座振替	サービスを利用した月の翌月２７日（振替日が土日祝日の場合は翌日）に、あなたが指定する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及び小浜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	窓口責任者　管理者　湯浅　小百合 受付時間　　8:30～17:00 連 絡 先　　電話　0770-53-3302　　FAX　　0770-56-1051 面接　（当事業所　相談室） 苦 情 箱　　玄関に設置

（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	小浜市高齢・障がい者元気支援課	電話　0770-53-1111
	福井県国民健康保険団体連合会	電話　0776-57-1611
	福井県運営適正化委員会	電話　0776-24-2347

１２.個人情報の保護及び秘密の保持について

①事業所は、利用者様及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。

②事業所が得た利用者及びその家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しません。但し、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合がありますので、ご了承ください。

１３．虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

（1）虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者　湯浅　小百合

（2）成年後見制度の利用を支援します。

（3）苦情解決体制を整備しています。

（4）従業者に対する虐待防止を啓発･普及するための研修を実施しています。

１４．非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

非常時の対応	別途定める消防計画に基づき対応を行います。			
避難訓練	別途定める消防計画にのっとり年２回避難訓練を行います。			
防災設備	設備名称	有無(数)	設備名称	有無(数)
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	あり
	避難階段	あり	消火器	あり
	非常警報設備	あり	ガス漏れ探知機	あり
	誘導灯	６か所		
	カーテン、布団等は防炎性能のあるものを使用しています。			
消防計画等	若狭消防署への届出日：平成２８年１２月 防火管理者：　山本　和史			

１５．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サービス利用の際には、介護保険被保険者証等を提示してください。
　また、介護保険被保険者証等に記載された内容及び被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

②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。

③決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。

④複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

⑤所持金品は、自己の責任で管理してください。

⑥施設内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

⑦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又は当事業所の担当者へご連絡ください。

■緊急時連絡先

緊急時連絡先 (家族等)	氏名（続柄）	（　　）
	住　所	
	電話番号 (携帯電話)	

主治医	病院（診療所）名	
	所在地	
	氏　名	
	電話番号	

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 名　　医療法人三愛会
事 業 所 名　　リリ・フィジオ
事業所所在地　　福井県小浜市遠敷７丁目 301
代 表 者 名　　リリ・フィジオ　　管理者　　湯浅　小百合　　㊞

説 明 者 名　　職　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名代行者（又は法定代理人）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

立　会　人　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿