

契約書別紙（兼重要事項説明書）

小浜市日常生活支援総合事業における通所型サービスA

当事業所は、小浜市日常生活支援総合事業における通所型サービスAの提供の開始にあたり、事業所の概要、提供されるサービス内容及び契約上ご注意頂きたいこと等を次のとおり説明します。

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	〒917-0026 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	小浜市日常生活支援総合事業における通所型サービスA	
事業所の所在地	〒917-0241 福井県小浜市遠敷7丁目301	
事業所の管理者	湯浅 小百合	
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	1860490042
通常の事業の実施地域	小浜市	

(サテライト事業所)

ご利用事業所の名称	リリ・フィジオ 予防センター	
事業所の所在地	〒917-0075 福井県小浜市南川町12-13	
電話番号	0770-53-3303	
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

(1) 事業の目的

要支援状態等の利用者に対しその利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援や機能訓練等を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図るとともに、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。

(2) 運営の方針

- ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- ・事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、小浜市、地域包括支援センター、他のサービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。
- ・通所型（基準緩和）サービスの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、関係機関への情報の提供を行います。
- ・上記のほか、小浜市が定める基準及びその他の関係法令等の内容を遵守し、事業を実施します。

4. 提供するサービスの内容

通所型サービスAは、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）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. 事業所利用定員

リリ・フィジオ	4名
リリ・フィジオ 予防センター	15名

6. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ※ただし、GW・8月15日・年末年始（12月29日から1月3日）を除く。
営業時間	午前8時30分から午前17時30分まで
サービス提供時間	リリ・フィジオ : 9時15分から15時45分まで (9時15分から12時00分それ以後15時45分まで延長利用可能) リリ・フィジオ予防センター : 11時00分から13時45分まで

7. 事業所の職員体制

従業者の職種	常勤	非常勤	職務の内容
管理者	1人	0人	管理者は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、事業の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行う。
介護職員	1人	0人	利用者の介助及び援助を行う。

8. 利用料等

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) 通所型サービスAの利用料

【基本部分】

対象者	利用回数 ※上限回数	サービス 費用	利用者負担		
			1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合
要支援1相当 事業対象者	週1回程度 ※月5回上限	3,300円	330円	660円	990円
要支援2相当 事業対象者	週2回程度 ※月9回上限				

※要支援1は週1回月5回まで、要支援2と事業対象者は週2回月9回まで。

(2) その他の費用

食 費	1食 682円
おやつ	1食 110円
紙おむつ	1枚 140円
尿取りパッド	1枚 30円
絆創膏／ガーゼ	1枚 10円
ビニール袋	1枚 5円
入浴サービス料金	1日 500円
延長サービス料金	1日 700円
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。

※上記の介護保険給付対象外サービス費用は、利用者にご利用したサービス分の費用を徴収します。

(3) 支払い方法

上記（1）及び（2）の利用料金、その他の費用は、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
口座引き落とし	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

①サービス提供中に利用者の体調や容体の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医及び家族等に連絡する等の措置を講じます。

②病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請する場合があります。

10. 事故発生時の対応

①サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに小浜市、家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

②サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

1 1. 非常災害対策

(リリ・フィジオ)

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、布団等は防災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			

(リリ・フィジオ 予防センター)

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	なし	防火扉・シャッター	あり
	避難階段	あり	屋内消火栓・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、布団等は防災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：令和7年5月 防火管理者： 松山 勇人			

1 2. 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	8:30~17:30
	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) 行政機関その他の苦情相談窓口

苦情受付機関	所在地	電話番号
小浜市高齢・障がい者元気支援課	小浜市大手町6-3	0770-53-1111
福井県国民健康保険団体連合会	福井市西開発4丁目202番1 福井県自治会館4F	0776-57-1611
福井県運営適正化委員会	福井市光陽2丁目3番22号	0776-24-2347

1 3. 秘密保持

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	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。
従業者に対する秘密の保持について	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。

1 4. 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所にお知らせください。
- ②サービスの利用中に気分が悪くなった時は、すぐに職員にお申し出ください。
- ③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。
- ④体調不良等によりサービスを利用できなくなった際は、できる限り早めに当事業所へご連絡ください。
- ⑤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。
- ⑥決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。
- ⑦所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ⑧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。

■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	

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者名 医療法人三愛会
事業所名 リリ・フィジオ
事業所番号 1860490042
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 ⑩

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。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____

代理人（署名代行者）住所 _____

氏名 _____