

# 契約書別紙（兼重要事項説明書）

（通所介護サービス）

※令和7年4月現在

あなたに対する通所介護サービスの提供開始にあたり、厚生労働省令第37号63条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

## 1. 事業者概要

事業者名	医療法人三愛会
事業所所在地	福井県小浜市多田第2号2番地の1
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 中山 真里子
電話番号	0770-56-5588

## 2. ご利用事業所

事業所名	リリ・フィジオ
サービスの種類	通所介護サービス
事業所所在地	福井県小浜市遠敷7丁目301
電話番号	0770-53-3302
事業所指定番号	1860490042
管理者の氏名	湯浅 小百合
通常の事業実施地域	小浜市

### 3. 事業の目的と運営方針

#### (1) 事業目的

「医療法人三愛会」が実施する指定通所介護事業（以下、「指定通所介護等」という）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態（以下、「要介護状態等」という。）となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、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、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、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

#### (2) 運営方針

- ①指定通所介護等は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止、その目標を設定し、計画的に行うものとする。
- ②事業者自ら提供する指定通所介護等の質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。
- ③指定通所介護等の提供に当たっては、通所介護計画（以下「通所介護計画等」という）に基づき、利用者の機能訓練及びその者が日常生活を営むことができるよう必要な援助を行う。
- ④指定通所介護等の提供に当たる従業者は、指定通所介護等の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者またはその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行う。
- ⑤指定通所介護等の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。
- ⑥指定通所介護等は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。特に、認知症の状態にある要介護者等に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整える。

### 4. 事業所利用定員

1日上限 35人	1日 利用定員	35名
-------------	------------	-----

## 5. 事業所職員配置状況

職 種	資 格	人 員 数	職務内容
管 理 者	介護福祉士	1名	事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業員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	

## 6. 事業所営業時間

営 業 日	月曜日～土曜日 ※ただし、GW・夏季休暇（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	8時30分～17時30分	
サービス提供日	月曜日～土曜日	
サービス提供時間	通所介護	9時00分～16時30分

## 7. サービスの概要

- (1) 通所介護計画等の作成
- (2) 生活指導
- (3) 機能訓練
- (4) 介護サービス
- (5) 健康状態の確認

- (6) 送迎
- (7) 給食サービス
- (8) 入浴サービス
- (9) 介護に関する相談援助

## 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、原則として基本利用料の1割または2割または3割の額です。ただし、介護保険給付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。

### 【通所介護費】

1割負担		8時間以上 9時間未満	7時間以上 8時間未満	6時間以上 7時間未満	5時間以上 6時間未満	4時間以上 5時間未満	3時間以上 4時間未満	備考
通常 規 模 型	要介護1	669円	658円	584円	570円	388円	370円	1日につき
	要介護2	791円	777円	689円	673円	444円	423円	1日につき
	要介護3	915円	900円	796円	777円	502円	479円	1日につき
	要介護4	1,041円	1,023円	901円	880円	560円	533円	1日につき
	要介護5	1,168円	1,148円	1,008円	984円	617円	588円	1日につき
2割負担		8時間以上 9時間未満	7時間以上 8時間未満	6時間以上 7時間未満	5時間以上 6時間未満	4時間以上 5時間未満	3時間以上 4時間未満	備考
通常 規 模 型	要介護1	1,338円	1,316円	1,168円	1,140円	776円	740円	1日につき
	要介護2	1,582円	1,554円	1,378円	1,346円	888円	846円	1日につき
	要介護3	1,830円	1,800円	1,592円	1,554円	1,004円	958円	1日につき
	要介護4	2,082円	2,046円	1,802円	1,760円	1,120円	1,066円	1日につき
	要介護5	2,336円	2,296円	2,016円	1,968円	1,234円	1,176円	1日につき
3割負担		8時間以上 9時間未満	7時間以上 8時間未満	6時間以上 7時間未満	5時間以上 6時間未満	4時間以上 5時間未満	3時間以上 4時間未満	備考
通常 規 模 型	要介護1	2,007円	1,974円	1,752円	1,710円	1,164円	1,110円	1日につき
	要介護2	2,373円	2,331円	2,067円	2,019円	1,332円	1,269円	1日につき
	要介護3	2,745円	2,700円	2,388円	2,331円	1,506円	1,437円	1日につき
	要介護4	3,123円	3,069円	2,703円	2,640円	1,680円	1,599円	1日につき
	要介護5	3,504円	3,444円	3,024円	2,952円	1,851円	1,764円	1日につき

加算	1割負担	2割負担	3割負担	備考
個別機能訓練加算Ⅰ(イ)	56円	112円	168円	1日につき(イとロは併算定不可)
個別機能訓練加算Ⅰ(ロ)	76円	152円	228円	1日につき(イとロは併算定不可)
個別機能訓練加算Ⅱ	20円	40円	60円	1月につき加算Ⅰに上乗せして算定
入浴介助加算Ⅰ	40円	80円	120円	1日につき(ⅠとⅡは併算定不可)
入浴介助加算Ⅱ	55円	110円	165円	1日につき(ⅠとⅡは併算定不可)
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)
栄養アセスメント加算	50円	100円	150円	口腔・栄養スクリーニング加算との併算定は不可
栄養改善加算	200円	400円	600円	1回につき
サービス提供体制強化加算Ⅰ	22円	44円	66円	1日につき
サービス提供体制強化加算Ⅱ	18円	36円	54円	1日につき
サービス提供体制強化加算Ⅲ	6円	12円	18円	1日につき
生活機能向上連携加算Ⅰ	100円	200円	300円	3月に一度を限度
生活機能向上連携加算Ⅱ	200円	400円	600円	1月につき
	100円	200円	300円	1月につき(個別機能を算定している場合)
ADL維持等加算Ⅰ	30円	60円	90円	1月につき(ⅠとⅡは併算定不可)
ADL維持等加算Ⅱ	60円	120円	180円	1月につき(ⅠとⅡは併算定不可)
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(6月に1回を限度)
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(6月に1回を限度)
科学的介護推進体制加算	40円	80円	120円	1月につき
事業所が送迎を行わない場合	47円減額	94円減算	141円減算	片道につき
介護職員処遇改善加算Ⅲ	8.0%			介護保険分利用料の合計額に対して/月
同一建物減算	94円減算	188円減算	282円減算	事業所と同一建物に居住する者(1日につき)
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	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

(注1) 上記の利用者負担金は、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、これら利用者負担金も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

介護保険給付対象外サービス			
食事提供代	1食 682円	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）。			

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

## 9. 利用料の支払方法

毎月中旬に前月分の請求明細を発行し、同月27日（振替日が土日祝祭日の場合は翌日）に口座振替を致します。

## 10. 苦情申し立て窓口

当事業所 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 受付に設置
その他窓口	小浜市高齢・障がい者元気支援課 TEL 0770-53-1111 福井県国民健康保険団体連合会 TEL 0776-57-1611 福井県運営適正化委員会 TEL 0776-24-2347

### 11. 緊急時の対応

サービス提供中に病状の急変などがあつた場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をするなどの必要な措置を講じます。

### 12. 事故発生時等における対応方法

サービス提供中に事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、速やかに利用者様の緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等、市町村及び福井県に連絡を行います。

### 13. 非常災害時の対策

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			

### 14. サービス提供困難時の対応

事業所は、当該事業所の通常の事業の実施地域（当該事業所が通常時に当該サービスを提供する地域をいう。以下同じ。）等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な通所介護サービスを提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る居宅介護支援事業者への連絡、適当な他の指定通所介護事業者等の紹介その他の必要な措置を速やかに講じます。

### 15. 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。

#### 16. 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。

#### 17. 記録の整備

事業所は、指定通所介護に関する諸記録を整備し、その記録を居宅サービス計画の完了の日から5年間保存します。

#### 18. サービス利用に当たっての留意事項

①サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

また、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）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。

■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、上記のとおり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 ㊞

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 \_\_\_\_\_