

第1号通所事業重要事項説明書兼【契約書別紙】

(令和6年6月1日現在)

第1 基本方針

ご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及び機能訓練を行うことにより、心身機能の回復を図り、もって生活機能の維持又は向上を図ります。

第2 事業所の概要

事業所名	フェリーチェ上野原
所在地	山梨県上野原市大柵6 1 1 番地
提供サービス	第1号通所事業
事業所番号	1 9 7 2 0 0 0 0 9 3
管理者及び連絡先	岡部順次 0 5 5 4 - 6 3 - 0 2 9 4
通常の事業実施地域	上野原市

第3 事業所の職員体制

	員数	業務内容
管理者	1名	職員及び業務の管理
生活相談員	1名以上	サービスの調整・相談 個別サービス計画の作成
看護職員	1名以上	保健衛生及び看護業務
介護職員	4名以上	日常生活介護業務
機能訓練指導員	1名以上	機能訓練

第4 設備の概要

定員	30名	機能訓練室及び食堂	1室
静養室	1室	相談室	1室
浴室	一般浴槽と特殊浴槽があります。		

第5 営業日、営業時間及びサービス提供時間

営業日	毎週月曜日から金曜日（ただし12月31日から1月3日までを除く。）
営業時間	午前8時00分から午後5時00分
サービス提供時間	午前9時00分から午後4時00分

第6 サービス内容

- 1 日常生活上の援助
- 2 機能訓練等
なお、具体的には、アクティビティ活動等
- 3 健康状態の確認
- 4 入浴介助
- 5 居宅から事業所への送迎
- 6 介護等に関する相談及び援助
- 7 食事提供サービス など

第7 利用料金

1 基本料金

サービスを利用した場合の利用料（自己負担額）は以下のとおりです。負担割合証に応じた額をお支払ください。

(1) 負担割合が1割の方

区分	単位数	自己負担（※1割負担の場合）
要支援1（月5回以上）月単位	1,798 単位	1,798 円
要支援1（月4回まで）1回ごと	436 単位	436 円
要支援2（月9回以上）月単位	3,621 単位	3,621 円
要支援2（月8回まで）1回ごと	447 単位	447 円

ア 加算

- (ア) サービス提供強化加算：介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上又は勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上である場合、1回の利用につき88円が加算されます。
- (イ) 若年性認知症利用者受入加算；若年性認知症の方にご利用いただいた場合には、1月あたり240円を別途お支払いいただきます。
- (ウ) 栄養アセスメント加算；管理栄養士が低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握する栄養アセスメントを実施した場合、1月につき50円が加算されます。
- (エ) 口腔機能向上加算；口腔機能の向上を目的として、看護職員等が口腔機能改善管理指導計画を作成し、その計画に従い口腔機能向上サービスを行っており、その情報を厚生労働省に提出している場合、1月に160円が加算されます。
- (オ) 科学的介護推進体制加算；適切なサービスを提供することを目的とし、ADL値（日常生活動作の測定値）、栄養状態、口腔機能、認知症の状況など、基本的な情報を厚生労働省に提出した場合、1月につき40円が加算されます。
- (カ) 介護職員等処遇改善加算；1月あたりの自己負担額（ア）から（オ）の加算がある場合は、その額を含む）に9.2%を乗じた額を別途お支払いいただきます。

- ※1 事業所が送迎を行わない場合は、上記自己負担額から片道につき47円を減額します。
- ※2 原則、上記自己負担額をお支払いいただきますが、法定代理受領を行なえない場合には一旦利用料の全額をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。

(2) 負担割合が2割の方

区分	単位数	自己負担
要支援1（月5回以上）月単位	1,798 単位	3,596 円
要支援1（月4回まで）1回ごと	436 単位	872 円
要支援2（月9回以上）月単位	3,621 単位	7,242 円
要支援2（月8回まで）1回ごと	447 単位	894 円

ア 加算

- (ア) サービス提供強化加算：介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上又は勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上である場合、1回の利用につき176円が加算されます。
- (イ) 若年性認知症利用者受入加算；若年性認知症の方にご利用いただいた場合には、1月あたり480円を別途お支払いいただきます。
- (ウ) 栄養アセスメント加算；管理栄養士が低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握する栄養アセスメントを実施した場合、1月につき100円が加算されます。
- (エ) 口腔機能向上加算；口腔機能の向上を目的として、看護職員等が口腔機能改善管理指導計画を作成し、その計画に従い口腔機能向上サービスを行っており、その情報を厚生労働省に提出している場合、1月に160円が加算されます。

働省に提出している場合、1月に320円が加算されます。

- (オ) 科学的介護推進体制加算；適切なサービスを提供することを目的とし、ADL値（日常生活動作の測定値）、栄養状態、口腔機能、認知症の状況など、基本的な情報を厚生労働省に提出した場合、1月につき80円が加算されます。
- (カ) 介護職員等処遇改善加算；1月あたりの自己負担額（(ア)から(オ)の加算がある場合はその額を含む）に9.2%を乗じた額を別途お支払いいただきます。

- ※1 事業所が送迎を行わない場合は、上記自己負担額から片道につき94円を減額します。
- ※2 原則、上記自己負担額をお支払いいただきますが、法定代理受領を行なえない場合には一旦利用料の全額をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。

(3) 負担割合が3割の方

区分	単位数	自己負担
要支援1（月5回以上）月単位	1,798 単位	5,394 円
要支援1（月4回まで）1回ごと	436 単位	1,308 円
要支援2（月9回以上）月単位	3,621 単位	10,863 円
要支援2（月8回まで）1回ごと	447 単位	1,341 円

ア 加算

- (ア) サービス提供強化加算；介護職員の総数のうち、介護福祉士の占める割合が70%以上又は勤続10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上である場合、1回の利用につき264円が加算されます。
- (イ) 若年性認知症利用者受入加算；若年性認知症の方にご利用いただいた場合には、1月あたり720円を別途お支払いいただきます。
- (ウ) 栄養アセスメント加算；管理栄養士が低栄養状態のリスク及び解決すべき課題を把握する栄養アセスメントを実施した場合、1月につき150円が加算されます。
- (エ) 口腔機能向上加算；口腔機能の向上を目的として、看護職員等が口腔機能改善管理指導計画を作成し、その計画に従い口腔機能向上サービスを行っており、その情報を厚生労働省に提出している場合、1月に480円が加算されます。
- (オ) 科学的介護推進体制加算；適切なサービスを提供することを目的とし、ADL値（日常生活動作の測定値）、栄養状態、口腔機能、認知症の状況など、基本的な情報を厚生労働省に提出した場合、1月につき120円が加算されます。
- (カ) 介護職員等処遇改善加算；1月あたりの自己負担額（(ア)から(オ)の加算がある場合はその額を含む）に9.2%を乗じた額を別途お支払いいただきます。

- ※1 事業所が送迎を行わない場合は、上記自己負担額から片道につき94円を減額します。
- ※2 原則、上記自己負担額をお支払いいただきますが、法定代理受領を行なえない場合には、一旦利用料の全額をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。

2 その他の料金

食費	昼食610円/1食
おむつ代	実費
その他の費用	その他、ご利用者の方が負担する事が適当と認められる費用 実費

3 キャンセル料

ご利用者の都合等でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料をお支払いいただきます。

利用日当日の午前8時までに連絡いただいた場合	なし
利用日当日の午前8時までに連絡いただけなかった場合	昼食代 610円

第8 利用料のお支払い方法

(3) 支払い方法

お支払い方法は現金または口座振替となります。

現金でお支払の場合、毎月10日までに前月分の請求を致しますので、月末までにお支払いください。お支払いをいただきますと、領収証を発行いたします。

※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更させていただきます。

※ 「上野原市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱」で定める利用料の額に変更があった場合は、事前に説明し同意を得た上で、ご利用者の自己負担額を変更させていただきます。

第9 サービスの利用及び終了

1 ご利用の手続き

介護予防支援事業者（上野原市地域包括支援センター）等に介護予防サービス計画又は介護予防マネジメントを依頼している方は、担当者にご相談ください。

2 利用終了の手続き

(1) ご利用者のご都合で利用予定期間の途中で利用を終了する場合

ご利用者のご希望によりいつでも利用を終了できますので、介護予防支援事業者（上野原市地域包括支援センター）等の担当にご相談ください。

(2) 自動終了

以下の場合、自動的にサービスを終了いたします。

ア ご利用者が介護保険施設に入所した場合

イ ご利用者が第1号通所事業対象者でなくなった場合

ウ ご利用者がお亡くなりになった場合

(3) その他

ア ご利用者が、サービス利用料金の支払いを3か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内に支払わない場合、ご利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、ご利用者が入院もしくは病気等により、3か月以上にわたってサービスが利用できない状態にあることが明らかになった場合、又はご利用者やご家族等が当事業所又は当事業所の職員等に対して著しい背信行為を行った場合は、利用を終了させていただく場合があります。

イ やむを得ない事情により、当事業所を閉鎖又は縮小する場合は、利用を終了させていただく場合がございます。

第10 緊急時等における対応

1 サービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかにご家族、主治医に連絡する等必要な措置を講じます。

2 サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、ご家族、介護予防支援事業者（上野原市地域包括支援センター）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

3 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。

第11 サービス内容に関する相談・苦情

1 当施設における相談・苦情担当者

相談・苦情担当 生活相談員 白須 信哉 電話 0554-63-0294

苦情解決責任者 管理者 岡部 順次 電話 0554-63-0294

2 第三者委員

苦情を解決するにあたり、ご利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を行うため、第三者委員を設置しています。

第三者委員 鈴木 正宏氏 児童養護施設「くずはの森」 電話 0554-22-4806

第三者委員 杉本 晴彦氏 児童養護施設「くずはの森」 電話 0554-22-4806

3 その他下記にも苦情窓口が設置してあります。

(1) 山梨県国民健康保険団体連合会 相談窓口専用電話

(開設日 毎週水曜日 午前9時～午後4時)

電話 055-233-9201

(2) 上野原市長寿健康課 介護保険担当

(受付時間 午前9時～午後5時)

電話 0554-62-3128

第12 秘密保持に関すること

1 サービスを提供する上で知り得たご利用者及びそのご家族に関する秘密・個人情報については、ご利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約期間中及び契約終了後、第三者に漏らしません。

2 前項の規定にかかわらず、あらかじめ文書によりご利用者及びそのご家族の同意を得た場合は、一定の条件の下で情報提供をすることがあります。

第13 非常災害対策

1 防災時の対応 フェリーチェ上野原消防計画等に基づき対応いたします。

2 防災設備 自動火災報知器、非常警報器具、非常通報装置、スプリンクラー設備、誘導灯、屋内消火栓、消火器

3 防災訓練 年2回避難訓練を実施いたします。

4 防火管理者 岡部 順次

第14 サービス利用に当たっての留意事項

1 事業所内における政治活動、宗教活動はご遠慮いただきます。

2 職員の指示、指導を守り、他のご利用者への迷惑行為は慎んでいただきます。

第15 当法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 平成福祉会

代表者役職・氏名 理事長 相馬 秀守

所在地・電話番号 山梨県大月市大月町真木4660番地

0554-23-0294

第1号通所事業の利用に先立ち、ご利用者又はそのご家族に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和	年	月	日	事業者	住所	山梨県上野原市大柵611番地
					名称	フェリーチェ上野原
					管理者	岡部 順次 印
				説明者		白須 信哉 印

私は、本書面により、事業者から第1号通所事業についての重要事項の説明を受け、内容に同意しますとともに、この書面が契約書の別紙であることを承諾します。

令和 年 月 日

ご利用者 住所 上野原市

氏名 _____ (印)

(署名者) 本人 ・ 代筆(者) _____ (続柄)

ご家族等代筆者 住所

氏名 _____ (印)