介護予防・日常生活支援総合事業

ひな形

第１号通所事業（通所介護相当サービス事業）契約書別紙（兼重要事項説明書）①

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 | 株式会社　○○○○ |
| 主たる事業所の所在地 | 〒　　　　　　篠山市○○○○ |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役　○○○○ |
| 設　立　年　月　日 | 平成○○年○○月○○日 |
| 電　話　番　号 | ○○○－○○○－○○○○ |

２　ご利用事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| ご利用事業所の名称 | ○○訪問介護事業所 |
| サービスの種類 | 第１号通所事業（通所介護相当サービス事業） |
| 事業所の所在地 | 〒　　　　　　篠山市○○○○ |
| 電　話　番　号 | ○○○－○○○－○○○○ |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成○○年○○月○○日　　　　０００００００００００ |
| 管理者氏名 | ○○　○○ |
| 通常の事業実施地域 | ○○市 |

３　事業目的と運営方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業目的 | 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出来るよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。 |
| 運営方針 | 事業者は、利用者の心身の状況や家庭の状況等を踏まえ、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、関係する市町村や事業者、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防止、もしくは要介護状態となることからの予防のため、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（通所介護相当サービス事業）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、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、利用者の心身の機能を図るサービスです。

５　営業日時

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | ○曜日から○曜日まで  　ただし年末年始（１２月３１日から１月３日）を除きます。 |
| 営業時間 | 午前○時から午後○時まで |
| サービス  提供時間 | 午前○時から午後○時まで |

６　事業所の職員体制

|  |  |
| --- | --- |
| 従事者の職種 | 勤務形態・人数 |
| 生活相談員 | 常勤　○人、　非常勤　○人 |
| 看護職員 | 常勤　○人、　非常勤　○人 |
| 介護福祉士 | 常勤　○人、　非常勤　○人 |
| 機能訓練指導員 | 常勤　○人、　非常勤　○人 |

７　サービス提供の責任者

　あなたへのサービス提供責任者及び管理責任者（管理署）は下記のとおりです。

　サービス利用にあたって、ご不明な点や要望がありましたら、お申し出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当職員の氏名 | 生活相談員　　○○　○○ |
| 管理責任者の氏名 | 管理者　　　　○○　○○ |

８　利用者負担（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、原則として介護保険負担割合証に応じた基本料金の１割又は、２割の額です。ただし、介護予防・生活支援サービス事業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号通所事業・通所介護相当サービス事業の利用料・・・基本部分、加算、減算の合計額となります。

【基本部分：通所介護相当サービス事業】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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） |
| 事業対象者  要支援１ | 4,100円(1回につき)  週1回まで　月４回まで | 410円 | 820円 |
| 事業対象者  要支援２ | 4,200円(1回につき)  週2回まで　月8回まで | 420円 | 840円 |

　上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額が上限であり、これが改定された場合は、これらの基本料金も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に基本料金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。

　加算については、全てひと月単位となります。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 加算の種類 | 加算要件(概要) | 加算額 | | |
| 基本料金 | 利用者負担  (1割) | 利用者負担(2割) |
| 生活機能向上グループ活動加算 | 生活機能の向上に対して実施される日常生活上の支援を行った場合 | 1,000円 | 100円 | 200円 |
| 運動機能向上  加算 | 運動器の機能向上を目的として個別的に実施される機能訓練を行った場合 | 2,250円 | 225円 | 450円 |
| 栄養改善加算 | 低栄養状態の改善等を目的として、個別的に実施される機能訓練を行った場合 | 1,500円 | 150円 | 300円 |
| 口腔機能向上  加算 | 口腔機能の向上を目的として、個別的に実施される口腔掃除の指導もしくは実施又は接触・嚥下機能に関する訓練の指導もしくは実施を行った場合 | 1,500円 | 150円 | 300円 |
| 選択的サービス複数実施加算Ⅰ | 運動器向上サービス、栄養改善サービス又は口腔機能向上サービスのうち複数のサービスを実施した場合 | 4,800円 | 480円 | 960円 |
| 選択的サービス複数実施加算Ⅱ | 7,000円 | 700円 | 1400円 |
| 事業所評価加算 | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合 | 1,200円 | 120円 | 240円 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 若年性認知症利用者へサービス提供した場合 | 2,400円 | 240円 | 480円 |
| サービス提供体制強化加算(1)イ | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合 | 事業対象・  要支援１  720円  要支援２  1,440円 | 72円  144円 | 144円  288円 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ | 事業対象・  要支援１  480円  要支援２  960円 | 48円  96円 | 96円  192円 |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | 事業対象・  要支援１  ２４０円  要支援２  ４８０円 | 24円  48円 | 48円  96円 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 当該加算の算定要件を満たす場合 ＊加算Ⅰ～Ⅳのいずれか1つを算定する  ＊（注１） | 4.00％ |  |  |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 2.20％ |  |  |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | Ⅱの90％ |  |  |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | Ⅱの80％ |  |  |

（注１）当該加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

（注２）加算Ⅲは加算Ⅱの90％、加算Ⅳは加算Ⅱの80％となります。

【減算】

　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減算されます。

　加算については、全てひと月単位となります。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 減算の種類 | 減算の要件 | | 減算額 | | |
| 基本料金 | 利用者負担  (１割) | 利用者負担  (2割) |
| 事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス提供減算 | 利用者が事業所と構造上または外形上、一体的な建物に居住する場合 | 要支援１ | －3,760円 |  |  |
| 要支援２ | －7,520円 |  |  |

（２）その他の費用

|  |  |
| --- | --- |
| 延長料金 | 利用者の希望により、サービス提供時間を超えてサービスを利用した場合、五時間につき○○円の延長料金をいただきます。 |
| 食費 | 食事提供を受けた場合、１回につき○○円の食費をいただきます。 |
| おむつ代 | おむつの提供を受けた場合、１回につき○○円の実費をいただきます。 |
| 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の品など）について、費用の実費をいただきます。 |

（３）キャンセル料

　利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容態の急変など、やむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。

|  |  |
| --- | --- |
| キャンセルの時期 | キャンセル料 |
| 利用予定日の前日 | 利用者負担金の○○％の額 |
| 利用予定日の当日 | 利用者負担金の○○％の額 |

（注）利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料は不要です。

（４）支払い方法

　上記（１）及び（２）の利用料（利用者負担分の金額）は、１か月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

　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、○○日以内にお渡しします。

|  |  |
| --- | --- |
| 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の○日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定するの口座より引き落とします。 |
| 銀行振り込み | サービスを利用した月の翌月の○日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業所が指定する下記の口座にお振込みください。  　　○○銀行　○○支店　普通口座○○○○○ |
| 現金払い | サービスを利用した月の翌月の○日（祝休日の場合は直前の平日）までに、現金でお支払いください。 |

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態の急変、その他の緊急事態が起こった時は、速やかに主治医（かかりつけ医）及び家族へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者の主治医 | 医療機関名称  氏名  所在地  電話番号 |  |
| 緊急連絡先 | 氏名（利用者との続柄）  電話番号 |  |

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、担当の介護支援専門員及び篠山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、当事業の下記の窓口でお受けします。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所相談窓口 | 電話番号　○○○―○○○―○○○○  面接場所　当事業所の相談室 |

（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 | 篠山市保健福祉部地域福祉課 | 電話番号　079－552－6928 |
| 兵庫県国民健康保険団体連合会 | 電話番号　078－332－5617 |

１２　サービス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にお願いします。

（３）体調や容態の急変などにより、サービスを利用されないときは、出来る限り早めに担当の介護支援専門員又は当事業所へご連絡ください。

１３　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、事業所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。

平成　　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説明をしました。

　　　　事　業　者　　所在地

　　　　　　　　　　　事業者（法人）名

　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　説明者職・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、この文章が契約書の別紙（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（又は法定代理人）

　住所

　　　　　　　　　　　本人との続柄

　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印