**介護予防・日常生活支援総合事業**

**第１号通所事業（通所型サービスＡ）契約書別紙（兼重要事項説明書）**

**（龍ケ崎市例）**

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 ○○○○ |
| 主たる事務所の所在地 | 〒000-0000　○○市○○○○○ |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役　○○ ○○ |
| 設立年月日 | 令和○○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 | デイサービスセンター○○○ | |
| サービスの種類 | 第１号通所事業（通所型サービスＡ） | |
| 事業所の所在地 | 〒000-0000　○○市○○○○○ | |
| 電話番号 | ○○－○○○○－○○○○ | |
| 指定年月日・事業所番号 | 令和○○年○○月○○日指定 | ００００００００００ |
| 実施単位・利用定員 | ○単位 | 定員○○人 |
| 通常の事業の実施地域 | 龍ケ崎市 | |

**３．事業の目的と運営の方針**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 第１号訪問事業（通所型サービスＡ）は，支援を必要とする高齢者に対し，自立支援に資する通所サービスを提供することにより，利用者の心身機能の維持回復を図り，もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。 |
| 運営の方針 | 事業者は，利用者の意思及び人格を尊重して，常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。また，事業を運営するに当たっては，地域との結びつきを重視し，市，他の事業者その他の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。 |

**４．提供するサービスの内容**

第１号通所事業（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，機能訓練，生活機能向上のためのプログラム，レクリエーション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サービスです。

**５．営業日時**

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | 月曜日から金曜日まで  ただし，国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。 |
| 営業時間 | 午前８時３０分から午後６時３０分まで |
| サービス  提供時間 | 午前９時３０分から午後４時４５分まで |

**６．事業所の職員体制**

|  |  |
| --- | --- |
| 従業者の職種 | 勤務の形態・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 |
| 介護職員 | 常勤　○人，　　非常勤　○人 |
| 機能訓練指導員 | 常勤　○人，　　非常勤　○人 |

**７．管理者**

　事業所の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などありましたら，何でもお申し出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者の氏名 | ○○ ○○ |

**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記載のとおり基本利用料の１割又は２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号通所事業（通所型サービスＡ）の利用料・・・基本部分，加算・減算の合計の額となります。**

**【基本部分：通所型サービスＡ】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 送迎あり・回数  ４回まで／月 | ３，８１４円／回 | **３８２円** | **７６３円** | **１，１４５円** |
| 送迎なし・回数  ４回まで／月 | ２，９０５円／回 | **２９１円** | **５８１円** | **８７２円** |
| 送迎あり・月  ５回以上／月 | １６，６０５円／月 | **１，６６１円** | **３，３２１円** | **４，９８２円** |
| 送迎なし・月  ５回以上／月 | １２，６７５円／月 | **１，２６８円** | **２，５３５円** | **３，８０３円** |
| 事業対象者  要支援２ | 送迎あり・回数  ８回まで／月 | ３，９１８円／回 | **３９２円** | **７８４円** | **１，１７６円** |
| 送迎なし・回数  ８回まで／月 | ３，００９円／回 | **３０１円** | **６０２円** | **９０３円** |
| 送迎あり・月  ９回以上／月 | ３４，０３５円／月 | **３，４０４円** | **６，８０７円** | **１０，２１１円** |
| 送迎なし・月  ９回以上／月 | ２６，１７７円／月 | **２，６１８円** | **５，２３６円** | **７，８５４円** |

　上記の基本利用料は，厚生労働大臣が告示で定める介護予防通所介護の金額に相当する金額であり，介護予防通所介護の金額が改定された場合は，これら基本利用料も自動的に改定されます。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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 加算の種類 | 加算の要件（概要） | 加算額 | | | |
| 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)** |
| 運動器機能向上加算 | 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 | ２，３５１円 | **２３６円** | **４７１円** | **７０６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若しくは実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施を行った場合 | １，５６７円 | **１５７円** | **３１４円** | **４７１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 | 所定単位数の59/1000 加算 | | | |
| 介護職員  処遇改善加算Ⅱ※ | 所定単位数の43/1000 加算 | | | |
| 介護職員  処遇改善加算Ⅲ※ | 所定単位数の23/1000 加算 | | | |
| 介護職員  処遇改善加算Ⅳ※ | 介護職員処遇改善加算Ⅲの90％加算 | | | |
| 介護職員  処遇改善加算Ⅳ※ | 介護職員処遇改善加算Ⅲの80％加算 | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ※ | 当該加算の算定要件を満たす場合 | 所定単位数の12/1000 加算 | | | |
| 介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ※ | 所定単位数の10/1000 加算 | | | |

（注）※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

**【減算】**

**以下の要件を満たす場合，上記の基本部分から以下のとおり減算されます。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 減算の種類 | 減算の要件（概要） | | 減算額 | |
| 同一建物減算 | 事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に通所型サービスＡを行う場合 | 事業対象者  要支援１ | 送迎あり／回数 | △９８２円／回 |
| 送迎あり／月 | △３，９２９円／月 |
| 事業対象者  要支援２ | 送迎あり／回数 | △９８２円／回 |
| 送迎あり／月 | △７，８５８円／月 |
| 定員超過 | 当定員超過の場合 | 事業対象者  要支援１  要支援２ | ☓７０％に減算 | |

**（２）その他の費用**

|  |  |
| --- | --- |
| 食費 | 食事の提供をする場合，１食につき○○円の食費をいただきます。 |
| おむつ代 | おむつの提供をする場合，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ものに係る経費であって，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。 |

**（３）キャンセル料**

第１号通所事業（通所型サービスＡ）において回数で利用される場合，利用の〇〇日前までに利用中止のご連絡がない時は，利用者は事業者へキャンセル料を支払うものとします。ただし，体調や容体の急変など，やむを得ない事情がある場合，キャンセル料は不要とします。また，月単位の定額制で利用される場合，キャンセル料は不要とします。

**（４）支払い方法**

　上記（１）から（３）までの利用料（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，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，○○日以内に差し上げます。

|  |  |
| --- | --- |
| 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，あなたが指定する下記の口座より引き落とします。  ○○銀行　○○支店　普通口座 ○○○○○○○ |
| 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，事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。  ○○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（休業日の場合は直前の営業日）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体の急変，その他の緊急事態が生じたときは，速やかに下記の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。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者の主治医 | 医療機関の名称  氏名  所在地  電話番号 | ○○○○  ○○○○  ○○○○  ○○－○○○○－○○○○ |
| 緊急連絡先  （家族等） | 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，担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）及び龍ケ崎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 | 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 | 龍ケ崎市介護福祉課 | 電話　０２９７－６４－１１１１ |
| 茨城県国民健康保険団体連合会 | 電話　０２９－３０１－１５６５ |

**１２．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お願いします。

（３）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（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

**１３．非常災害対策**

事業者は，非常災害に関する具体的計画に基づき，事業所の管理者を防火責任者

として次のとおり必要な訓練を行っており，また，消防法上必要な設備を備えております。

　防災訓練　年○回

　避難訓練　年○回

　通報訓練　年○回

　　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　　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　　　　　　　　 　　　　　印

署名代行者（又は法定代理人）

住　所

本人との続柄

氏　名　　　　　　　　　 　　　　 　　印

　　　　　　 立　会　人　　住　所

氏　名　　　　　　　　 　　　　　印