**第１号通所事業（現行相当サービス）**

**契約書別紙（兼重要事項説明書）（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 | 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 | デイサービスセンター○○○ | |
| サービスの種類 | 第１号通所事業（現行相当サービス） | |
| 事業所の所在地 | 〒000-0000　駒ヶ根市○○○○○ | |
| 電話番号 | ○○○－○○○－○○○○ | |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成○○年○○月○○日指定 | ００００００００００ |
| 管理者の氏名 | ○○ ○○ | |
| 通常の事業の実施地域 | 駒ヶ根市 | |

**３．事業の目的と運営の方針**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 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できるよう、介護予防サービスを提供することを目的とします。 |
| 運営の方針 | 事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、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の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、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**

　通所型サービスは、事業者が設置する事業所に通っていただき、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、利用者の心身機能の維持並びに利用者の家族の身体的、精神的負担軽減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９時から午後６時まで  　ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、24時間対応可能な体制を整えるものとします。 |

**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．サービス提供の責任者**

　あなたへのサービス提供の責任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。

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供責任者の氏名 | ○○ ○○ |

**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、原則として基本利用料の１割（一定以上の所得のある方は2 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。

また、事業対象者は、サービスの利用回数に応じて要支援１又は要支援２の方と同額となります。

**（１）第１号通所事業（現行相当サービス）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者の  要介護度 | 介護予防通所介護費 （１月につき） | |
| 基本利用料  ※（注１）参照 | 利用者負担金 （自己負担1割の場合）  （＝基本利用料の１割）※（注２）参照 |
| 要支援１  事業対象者 | １６,４７０円 | １,６４７円 |
| 要支援２  事業対象者 | ３３,７７０円 | ３,３７７円 |

【基本部分】

（注１） 上記の基本利用料は、 駒ヶ根市が定める金額であり、 これが改定された場合は、 これら基本利用料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留意ください。

**【加算】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 加算の種類 | 加算の要件 （概要） | | 加算額 | |
| 基本利用料 | 利用者負担金  （自己負担1割  の場合） |
| 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  （１月につき） | | ２,４００円 | ２４０円 |
| 生活機能向上  グループ活動加算 | 利用者へ日常生活上の支援のための活動を行った場合 （１月につき）  ※ただし、 運動器機能向上加算・栄養改善加算・ 口腔機能向上加算のいずれかを算定している場合は算定しない。 | | １,０００円 | １００円 |
| 運動器機能向上  加算 | 利用者へ個別的な機能訓練等の運動器機能向上サービスを行った場合 （１月につき） | | ２,２５０円 | ２２５円 |
| 栄養改善  加算 | 利用者へ栄養食事相談等の栄養改善サービスを行った場合 （１月につき） | | １,５００円 | １５０円 |
| 口腔機能向上  加算 | 利用者へ口腔清掃指導や摂食 ・ 嚥下機能訓練等の口腔機能向上サービスを行った場合 （１月につき） | | １,５００円 | １５０円 |
| 選択的サービス  複数実施加算 Ⅰ | 利用者へ選択的サービスの うち複数のサービスを行った場合 （１月につき）  ※ただし、 運動器機能向上加算・栄養改善加算・ 口腔機能向上加算のいずれかを算定している場合は算定しない。また、 加算Ⅰ又は加算Ⅱのいずれか１つを算定する。 | | ４,８００円 | ４８０円 |
| 選択的サービス  複数実施加算 Ⅱ | ７,０００円 | ７００円 |
| 事業所評価加算 | 当該加算の算定基準に適合し、 かつ、 評価象期間中、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上となった場合 （１月につき） | | １,２００円 | １２０円 |
| サービス提供体制 | 当該加算の体制 ・ 人材要件を満たす場合 （１月につき）  ※加算Ⅰ又は加算Ⅱのいずれか１つを算定する。 | 要支援１ | ７２０円 | ７２円 |
| 強化加算Ⅰ （イ） | 要支援２ | １４４０円 | １４４円 |
| サービス提供体制  強化加算Ⅱ （ロ） | 要支援１ | ４８０円 | ４８円 |
| 要支援２ | ９６０円 | ９６円 |
| サービス提供体制 | 要支援１ | ２４０円 | ２４円 |
| 強化加算 Ⅱ | 要支援２ | ４８０円 | ４８円 |
| 中山間地域等に  居住する者への  サービス提供加算 | 中山間地域等（＝長野県の場合は全域）において、通常の事業の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３） | | １月の利用料金  （基本部分＋  延長加算）の５％ | 左記額の１割 |
| 介護職員 | 当該加算の算定要件を満たす場合 ※ （注３）※加算 Ⅰ～Ⅴのいずれか１つを算定する。 | | 加算Ⅰは、１月の利用料金(基本部分＋各種加算減算)  ×5.9％  （×加算Ⅱは4.  3％、×加算Ⅲは2.3％）  ※（注４） | 左記額の１割 |
| 処遇改善加算Ⅰ |
| 介護職員 |
| 処遇改善加算Ⅱ |
| 介護職員 |
| 処遇改善加算Ⅲ |
| 介護職員 |
| 処遇改善加算Ⅳ |
| 介護職員 |
| 処遇改善加算Ⅴ |

　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。

（注３）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４）加算Ⅳは加算Ⅲの９０％、加算Ⅴは加算Ⅲの８０％となります。

**【減算】**

　以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から以下の料金が減算されます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 減算の種類 | 減算の要件 | | 減算額 | |
| 基本利用料 | 利用者負担金  （自己負担1割  の場合） |
| 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 | 当該減算の要件に該当した場合（１月につき） | 要支援１ | ３,７６０円 | ３７６円 |
| 要支援２ | ７,５２０円 | ７５２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、  １時間につき○○円の延長料金をいただきます。 |
| 食 費 | 食事の提供を受けた場合、 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（現行相当サービス）は、 利用料が月単位の定額のため、 キャンセル料は不要とします。

**（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及び駒ヶ根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 | 駒ヶ根市福祉課 | 電話番号 ０２６５－８３－２１１１ |
| 長野県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 ０２６－２３８－１５８０ |

**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介護支援専門員 （又は地域包括支援センター） 又は当事業所の担当者へご連絡ください。

**１３．非常災害サービス**

　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、 事象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