

**介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業（通所介護相当サービス）契約書別紙（兼重要事項説明書）③
（取手市例）**

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	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（通所介護相当サービス）	
事業所の所在地	〒000-0000 取手市○○○○○	
電 話 番 号	○○-○○○○-○○○○	
指定年月日・事業所番号	平成○○年○○月○○日指定	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
実施単位・利用定員	○単位	定員○○人
通常の事業の実施地域	取手市、○○○市・・・・	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態又は事業対象者である利用者が、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、通所介護相当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、利用者が要支援状態となることの予防、要支援状態の維持若しくは改善又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

第1号通所事業（通所介護相当サービス）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、利用者の心身機能の維持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（通所介護相当サービス）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：通所介護相当サービス】

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	16,914円(1月につき)	1,692円	3,383円
事業対象者 要支援2	34,681円(1月につき)	3,469円	6,937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)	
若年性認知症 利用者受入加算	個別の担当者を定めた上で若年性認知症利用者へサービス提供した場合	2,464円	247円	493円	
生活機能向上 グループ活動加算	利用者の生活機能の向上を目的として共通の課題を有する複数の利用者からなるグループに対して実施される日常生活上の支援のための活動を行った場合	1,027円	103円	206円	
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に実施される機能訓練を行った場合	2,310円	231円	462円	
栄養改善加算	低栄養状態の改善等を目的として、個別に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合	1,540円	154円	308円	
口腔機能向上加算	口腔機能の向上を目的として、個別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	1,540円	154円	308円	
選択的サービス 複数実施加算Ⅰ	運動器機能向上サービス、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	4,929円	493円	986円	
選択的サービス 複数実施加算Ⅱ		7,189円	719円	1,438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	1,232円	124円	247円	
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)イ※	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	事業対象者・要支援1	739円	74円	148円
		事業対象者・要支援2	1,478円	148円	296円
サービス提供体制 強化加算(Ⅰ)ロ※		事業対象者・要支援1	492円	50円	99円
		事業対象者・要支援2	985円	99円	197円
サービス提供体制 強化加算(Ⅱ)※		事業対象者・要支援1	246円	25円	50円
		事業対象者・要支援2	492円	50円	99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	上記基本部分と各種加算 減算の合計4.0%
介護職員 処遇改善加算Ⅱ※		上記基本部分と各種加算 減算の合計2.2%
介護職員 処遇改善加算Ⅲ※		加算Ⅱの90%
介護職員 処遇改善加算Ⅳ※		加算Ⅱの80%

(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、上記の基本部分に以下の料金が減算されます。

減算の種類	減算の要件（概要）		減算額		
			基本利用料	利用者負担 （1割）	利用者負担 （2割）
同一建物減算	当該減算の要件 に該当した場合 （1月につき）	事業対象者・要支援1	13,053円	1,306円	2,611円
		事業対象者・要支援2	26,958円	2,696円	5,392円
定員超過・人員基準欠如	当該減算の要件 に該当した場合 （1月につき）	事業対象者・要支援1	11,841円	1,185円	2,369円
		事業対象者・要支援2	24,278円	2,428円	4,856円

（2）その他の費用

食費	食事の提供をする場合、1食につき〇〇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回につき〇〇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（通所介護相当サービス）は、利用料が月単位の定額制のため、キャンセル料は不要とします。

（4）支払い方法

上記（1）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、〇〇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〇日（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。

	〇〇銀行 〇〇支店 普通口座 〇〇〇〇〇〇〇
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の〇日（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。 〇〇銀行 〇〇支店 普通口座 〇〇〇〇〇〇〇
現金払い	サービスを利用した月の翌月の〇日（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	〇〇〇〇
	氏名	〇〇〇〇
	所在地	〇〇〇〇
	電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄）	〇〇〇〇（〇〇〇〇）
	電話番号	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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）及び取手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	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
	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	取手市高齢福祉課	電話 0297-74-2141
	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 年〇回

避難訓練 年〇回

通報訓練 年〇回

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