介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業利用契約書別紙

兼 重 要 事 項 説 明 書 ③

あなた（利用者）が当事業所の提供する第１号通所事業のサービスを利用される前に、当事業者が説明すべき重要事項及びその交付する書面は、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 |
| 連絡先・電話番号 | （部署名）　　　　　　　　○○○－○○○－○○○○ |

**２　サービスを提供する事業所の表示**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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・介護予防通所介護相当サービス | |
| 事業所の所在地 | 〒000-0000　○○市○○○○○ | |
| 電話番号 | ○○○－○○○－○○○○ | |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成○○年○○月○○日指定 | ００００００００００ |
| 責任者の職・氏名 | 管理者　○○ ○○ | |
| 通常の事業の実施地域 | ○○市 | |

**３　事業の目的・運営の方針**

(1)事業の目的

・利用者がその有する能力に応じて、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、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、利用者の心身機能の維持回復を図り、安心して日常生活を過ごすことができるよう、サービスを提供することを目的とします。

(2)運営の方針

　・利用者の心身の状況や家庭の状況等を十分把握し、利用者の意志及び人格を尊重したサービスの提供に努めます。

・介護保険法その他関係法令、利用契約の定めに基づき、利用者の介護予防を図り、自立した日常生活を営むことができるよう、目標を設定し、計画的に、常にサービスの質の改善を図りながら、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法による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・介護予防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）に通所し、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等を行うことにより、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 | ・○曜日から○曜日まで。  ・ただし、国民の祝日、振替休日、年末年始（12月○日から１月○日まで）及びお盆（８月○日から８月○日まで）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、次のとおりです。サービスのご利用において、ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

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

**８　利用料・利用者負担**

　　サービスを利用した場合にお支払いいただく料金（利用者負担）は、原則として、サービス費（利用料）の１割又は２割の額です。この負担割合は、保険者（三田市）が利用者の所得金額に応じて設定しており、「負担割合証」に記載されています。

なお、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用された場合、超えたサービス費は、介護保険の適用外となり、その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・介護予防通所型サービスの利用料・利用者負担

【基本部分】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス名 | 利用者区分 | 基本利用料（月額） | 利用者負担（１割） | 利用者負担（２割） |
| 通所型サービス | 要支援１  事業対象者 | １７,２１１円 | １，７２２円 | ３，４４３円 |
| 要支援２ | ３５，２８９円 | ３，５２９円 | ７，０５８円 |

【加算】

　・次表の「加算の要件」を満たす場合は、基本部分に「加算額」が加算されます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 加算の種類 | 加算の要件 | | | 加算額 | | |
| 基本利用料  （月額） | 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、若年性認知症利用者に対し、その特性等に応じたサービスを提供した場合 | | | ２，５０８円 | ２５１円 | ５０２円 |
| 生活機能向上グループ活動加算 | 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 | | | １，０４５円 | １０５円 | ２０９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 | | | ２，３５１円 | ２３６円 | ４７１円 |
| 栄養改善  加算 | 低栄養状態の改善等を目的とて、個別的に実施される栄養食事相談等の栄養管理を行った場合 | | | １，５６７円 | １５７円 | ３１４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清掃の指導・実施又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導・実施を行った場合 | | | １，５６７円 | １５７円 | ３１４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 | | | ５，０１６円 | ５０２円 | １，００４円 |
| 選択的サービス複数実施加算(Ⅱ) | ７，３１５円 | ７３２円 | １，４６３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 | | | １，２５４円 | １２６円 | ２５１円 |
| サービス提供体制強化加算 | 別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合 | (Ⅰ)ｲ | 事業対象者･  要支援１ | ７５２円 | ７６円 | １５１円 |
| 要支援２ | １，５０５円 | １５１円 | ３０１円 |
| (Ⅰ)ﾛ | 事業対象者･  要支援１ | ５０１円 | ５１円 | １０１円 |
| 要支援２ | １，００３円 | １０１円 | ２０１円 |
| (Ⅱ) | 事業対象者･  要支援１ | ２５０円 | ２５円 | ５０円 |
| 要支援２ | ５０１円 | ５１円 | １０１円 |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 所定のキャリアパス要件Ⅰ及び要件Ⅱ及び要件Ⅲ＋職場環境等要件を満たす場合 | | | 基本部分・加算・減算の合計の５．９％ | | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ) | 所定のキャリアパス要件Ⅰ及び要件Ⅱ＋職場環境等要件を満たす場合 | | | 基本部分・加算・減算の合計の４．３％ | | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅲ) | 所定のキャリアパス要件Ⅰ又は要件Ⅱ＋職場環境等要件を満たす場合 | | | 基本部分・加算・減算の合計の２．３％ | | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅳ) | 所定のキャリアパス要件Ⅰ、要件Ⅱ、職場環境等要件のいずれかを満たす場合 | | | (Ⅲ)の９０％ | | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅴ) | 所定のキャリアパス要件Ⅰ、要件Ⅱ、職場環境等要件のいずれも満たさない場合 | | | (Ⅲ)の８０％ | | |

（備考）・サービス提供体制強化加算・介護職員処遇改善加算は、区分支給限度額の算定対象から除外されます。

【減算】

・次表の「減算の要件」を満たす場合は、基本部分の一定割合が減算されます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 減算の種類 | 区分・減算の要件 | 減算額 | | |
| 基本利用料  （月額） | 利用者負担  （１割） | 利用者負担  （２割） |
| 同一建物減算 | 要支援１・事業対象者 | ３，９２９円 | ３９３円 | ７８６円 |
| 要支援２ | ７，８５８円 | ７８６円 | １，５７２円 |
| 定員超過減算 | 月平均の利用者の数が事業所の定員を上回った場合 | 基本部分を７０％で算定 | | |
| 人員基準欠如減算 | 看護・介護職員の配置数が人員基準を下回った場合 | 基本部分を７０％で算定 | | |

　（備考）

・「同一建物減算」の要件は、「事業所と同一建物に居住する利用者又は事業所と同一の建物から事業所に通う利用者に対し、サービスを提供した場合」です。

・上表の額が改定される場合は、事前に、改定後の額を書面でお知らせします。

（2）その他の費用

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 説　明 |
| 食費 | ・食事を提供する場合は、１食につき食費○○円をご負担いただきます。 |
| おむつ代 | ・おむつを提供する場合は、１回につき実費○○円をご負担いただきます。 |
| その他 | ・上記以外の日常生活において通常必要になるものの経費で、利用者の希望によって提供する身の回り品など、利用者にご負担いただくことが適当と認められるものは、その実費をご負担いただきます。 |

（3）キャンセル料

　　第１号通所事業・介護予防通所介護相当サービスは、事業者報酬が月単位の定額制であるため、キャンセル料のご負担はありません。

（4） 利用者負担の支払方法

　　利用者負担は、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、利用者負担の領収書等は、支払いを受けた後、○○日以内に発行します。

|  |  |
| --- | --- |
| 支払方法 | 支払要件等 |
| 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、利用者が指定する次の口座から引き落とします。  ○○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、事業者が指定する次の口座へ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　緊急時等の対応方法**

(1) サービスを提供中に、利用者の体調や容体の急変その他の緊急事態が発生した場合は、次表の主治医や緊急連絡先（家族等）へ速やかに連絡するなど、必要な措置を講じます。

|  |  |
| --- | --- |
| 主治医 | ・医療機関の名称・医師名　　○○○○医院　　○○○○  ・所在地　　　　　　　　　　○○市○○○○○  ・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　　　　　　　　　○○○－○○○－○○○○ |

(2) サービスの提供により事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、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）、三田市等へ速やかに連絡します。

**10　非常災害対策**

　　事業者は、非常災害に関する具体的な計画に基づき、事業所の管理者を防火責任者として必要な訓練を次のとおり実施しています。また、事業所には、消防法上必要な設備を設置しています。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 防災訓練　年○回 | 避難訓練　年○回 | 通報訓練　年○回 |

**11　苦情相談窓口**

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、次の相談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  ・苦情受付時間　当事業所の営業日・営業時間と同じ。 |

（2）サービス提供への苦情や相談は、次の苦情受付機関に申し立てることができます。

|  |  |
| --- | --- |
| 苦情受付  機　　関 | 三田市介護保険課　　　　　電話番号：０７９－５５９－５０７０ |
| 兵庫県国民健康保険団体連合会　電話番号：０７８－３３２－５６１７ |

**12　守秘義務・個人情報の保護**

（1）守秘義務

ア　事業者は、「個人情報の保護に関する法律」と「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（厚生労働省）を遵守し、利用者の個人情報の適切な取扱いに努めます。

イ　事業者とその従業者は、正当な理由なく、サービスを提供する上で知り得た利用者とその家族の秘密を第三者に漏らしません。

ウ　利用者とその家族の秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。

エ　事業者は、従業者に業務上知り得た利用者とその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間と従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

（2）個人情報の保護

ア　事業者は、事前に、利用者から文書による同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。利用者の家族の個人情報についても、同様とします。

イ　事業者は、利用者とその家族に関する個人情報が含まれる記録物（電磁的記録を含む。）を、善良な管理者の注意をもって管理し、その処分の際も第三者への漏洩を防止するものとします。

ウ　事業者が管理する情報は、利用者の求めに応じて内容を開示し、その開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行います。なお、情報の開示に際し複写料などが必要な場合は、利用者の負担とします。

**13　サービス提供の記録**

(1) サービス提供の記録

事業者は、サービスの提供日、提供時間、内容などの実績を記録し、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けます。利用者の確認を受けた後は、その記録の控えを利用者に交付します。

(2) 記録の保存期間

事業者は、サービス提供の記録をそのサービスに係る介護報酬の支払を受けた日から５年間保存します。

(3) 閲覧等の請求

利用者は、事業者に対し、サービス提供の記録の閲覧・複写物の交付を請求することができます。

**14　サービス利用上の留意事項**

　　サービスをご利用の際は、次のことにご留意ください。

(1)サービス利用中に気分が悪くなった場合は、すぐに事業所の職員にお申し出ください。

(2)事業所では、複数の利用者の皆様が同時にサービスを利用されますので、周囲の利用者の皆様にご迷惑にならないようにしてください。

(3)体調や容体の急変などによりサービスが利用できなくなった場合は、できる限り早めに担当の地域包括支援センター・当事業所の担当者へご連絡ください。

私（事業者）は、利用者が第1号通所事業・介護予防通所介護相当サービスを利用する前に、上記の重要事項を説明しました。

重要事項説明年月日　　　平成　　　年　　　月　　　日

事　業　者　　所在地

事業者（法人）名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

説明者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

私（利用者）は、事業者から上記の重要事項の説明を確かに受けました。

併せて、この文書を介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業利用契約書の別紙とすることに同意します。

平成　　　年　　　月　　　日

　　　　利　用　者　　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

署名代行者（又は法定代理人）

住　所

本人との続柄

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　立　会　人　　住　所

氏　名