介護予防・日常生活支援総合事業
介護予防通所介護相当サービス　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	○○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	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	○○年○○月○○日指定	０００００００００００
実施単位・利用定員	○単位	定員○○人
通常の事業の実施地域	○○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、介護予防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

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 30 分まで
	延長時間は、午前８時 30 分から午前９時 30 分まで 及び 午後４時 30 分から午後６時 30 分まで 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．サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（生活相談員）及びその管理責任者（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。

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、<u>原則として負担割合証に応じた基本利用料の１割、２割又は３割の額</u>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）介護予防通所介護相当サービスの利用料・・・基本部分、加算の合計の額となります。

【基本部分：介護予防通所介護相当】

利用者の要支援状態等	費用の目安（１月あたり）	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	円	円	円	円
事業対象者 要支援２	円	円	円	円

【加算：介護予防通所介護相当】

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）
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		円	円	円	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的に実施される機能訓練を行った場合		円	円	円	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栄養食事相談等の栄養管理を行った場合		円	円	円	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摂食・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		円	円	円	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		円	円	円	円
選択的サービス複数実施加算Ⅱ			円	円	円	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		円	円	円	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	要支援１	円	円		円
		要支援２	円	円		円
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ		要支援１	円	円		円
		要支援２	円	円		円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		要支援１	円	円		円
		要支援２	円	円		円
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合			上記基本部分と各種加算・減算の合計の　％		
介護職員処遇改善加算（Ⅱ）				上記基本部分と各種加算・減算の合計の　％		
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）				上記基本部分と各種加算・減算の合計の　％（介護職員処遇改善加算（Ⅱ）の 90%）		
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）				上記基本部分と各種加算・減算の合計の　％（介護職員処遇改善加算（Ⅱ）の 80%）		
介護職員処遇改善加算（Ⅴ）				上記基本部分と各種加算・減算の合計の　％		

（注）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は除かれます。

（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

介護予防通所介護相当サービスは、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）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及び海南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	海南市高齢介護課	電話番号　０７３－４８３－８７６４
	和歌山県国民健康保険団体連合会	電話番号　０７３－４２７－４６６２

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、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。

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