参考様式等

資料NO.2

当

・釜石市介護予防・日常生活支援総合事業対象者認定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 2ページ

・基本チェックリスト様式及び事業対象者に該当する基準

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 3ページ

・基本チェックリストについての考え方

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 5ページ

・興味・関心チェックシート

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 7ページ

・介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）

　届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 8ページ

・介護予防・生活支援サービス契約書（参考例）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 9ページ

・訪問型サービス（介護予防訪問介護）契約書別紙（兼重要事項説

明書）（参考例）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　13ページ

・通所型サービス（介護予防通所型介護）契約書別紙（兼重要事項説明書）（参考例）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　19ページ

・契約書・重要事項説明書の変更同意書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　27ページ

《別添資料》

　・介護予防・日常生活支援総合事業（サービスA）の算定構造

　・介護予防・日常生活支援総合事業（サービスA）単位数サービスコード表

年　　　月　　　日

釜石市長あて

**釜石市介護予防・日常生活支援総合事業対象者認定申請書**

介護予防・日常生活支援総合事業対象者の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　）　　　－ | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | |
| 氏名 |  | | | | | | 性別 | | | 男　・　女 | | |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　）　　　－ | | | | | | | | | | | |
| 前回の認定等(該当者のみ) | 状態区分　要支援1・要支援2・総合事業対象者・その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 有効期間　　　年　　　月　　　日　から　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 利用希望  サービス | 訪問介護　・　通所介護　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出代行者 | 名称 |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　）　　　－ |
| 担当者 | （職名）　　　　　　　　　　　　　（氏名） |
| 認定結果通知の送付先(被保険者以外の方へ送付を希望する場合に記入 | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　）　　　－ |

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者同意欄 | 介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という。）の利用に係る計画の作成等、総合事業の適切な運営のために必要がある時は、総合事業対象者の確認に係る基本チェックリストの記載内容及び利用者負担割合を釜石市から釜石市地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び居宅サービス事業者に提示することに同意します。  年　　月　　日  本人（被保険者）氏名 |

**【　基本チェックリスト　】**

**記入日：平成　　年　　月　　日（　　）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 質問項目 | 回答：いずれかに○をお付けください | |  |
| 1 | バスや電車で１人で外出していますか | 0.はい | 1.いいえ | /20 |
| 2 | 日用品の買い物をしていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 3 | 預貯金の出し入れをしていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 4 | 友人の家を訪ねていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 5 | 家族や友人の相談にのっていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 6 | 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか | 0.はい | 1.いいえ | /5 |
| 7 | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 8 | １５分位続けて歩いていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 9 | この１年間に転んだことがありますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | 1.はい | 0.いいえ |
| 11 | ６ヶ月間で２～３kg以上の体重減少がありましたか | 1.はい | 0.いいえ | /2 |
| 12 | 身長　　　　　cm　　 体重　　　　　kg　　（ＢＭＩ＝　　　　　　）(注) | | |
| 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | 1.はい | 0.いいえ | /3 |
| 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 15 | 口の渇きが気になりますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 16 | 週に１回以上は外出していますか | 0.はい | 1.いいえ | /2 |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 18 | 周りの人から｢いつも同じ事を聞く｣などの物忘れがあると言われますか | 1.はい | 0.いいえ | /3 |
| 19 | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか | 0.はい | 1.いいえ |
| 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | 1.はい | 0.いいえ |
| 21 | （ここ２週間）毎日の生活に充実感がない | 1.はい | 0.いいえ | /5 |
| 22 | （ここ２週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった | 1.はい | 0.いいえ |
| 23 | （ここ２週間）以前は楽にできていたことが今はおっくうに感じられる | 1.はい | 0.いいえ |
| 24 | （ここ２週間）自分が役に立つ人間だと思えない | 1.はい | 0.いいえ |
| 25 | （ここ２週間）わけもなく疲れたような感じがする | 1.はい | 0.いいえ |

（注）ＢＭＩ＝体重（kg）÷身長（m）÷身長（m）が18.5未満の場合に該当する

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 社会生活 | 運動 | 低栄養 | 口腔 | 閉じこもり | 認知機能 | うつ |
|  |  |  |  |  |  |  |

【基本チェックリスト判定基準】

|  |
| --- |
| ①　基本チェックリスト質問項目№1～20までの20項目のうち10項目以上に該当 |
| ②　基本チェックリスト質問項目№6～10までの５項目のうち３項目以上に該当 |
| ③　基本チェックリスト質問項目№11～12の２項目のすべてに該当 |
| ④　基本チェックリスト質問項目№13～15までの３項目のうち２項目以上に該当 |
| ⑤　基本チェックリスト質問項目№16に該当 |
| ⑥　基本チェックリスト質問項目№18～20までの３項目のうちいずれか１項目以上に該当 |
| ⑦　基本チェックリスト質問項目№21～25までの５項目のうち２項目以上に該当 |

（注）　この表における該当（No.12を除く。）とは、様式第一の回答部分に「1.はい」又は「1.いいえ」に該当することをいう。

この表における該当（No.12に限る。）とは、ＢＭＩ＝体重(kg)÷身長(m)÷身長(m)が18.5未満の場合をいう。

基本チェックリストについての考え方

|  |
| --- |
| 【共通事項】  ①対象者には、各質問項目の趣旨を理解していただいた上で回答してもらってください。それが適当な回答であるかどうかの判断は、基本チェックリストを評価する者が行ってください。  ②期間を定めていない質問項目については、現在の状況について回答してもらってください。  ③習慣を問う質問項目については、頻度も含め、本人の判断に基づき回答してもらってください。  ④各質問項目の趣旨は以下のとおりです。各質問項目の表現は変えないでください。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 質問項目 | | 質問項目の趣旨 | |
| １～５の質問項目は、日常生活関連動作について尋ねています。 | | | | |
| １ | バスや電車で１人で外出していますか | | 家族等の付き添いなしで、1人でバスや電車を利用して外出しているかどうかを尋ねています。バスや電車のないところでは、それに準じた公共交通機関に置き換えて回答してください。なお、１人で自家用車を運転して外出している場合も含まれます。 | |
| ２ | 日用品の買い物をしていますか | | 自ら外出し、何らかの日用品の買い物を適切に行っているかどうか（例えば、必要な物品を購入しているか）を尋ねています。頻度は、本人の判断に基づき回答してください。電話での注文のみで済ませている場合は「いいえ」となります。 | |
| ３ | 預貯金の出し入れをしていますか | | 自ら預貯金の出し入れをしているかどうかを尋ねています。銀行等での窓口手続きも含め、本人の判断により金銭管理を行っている場合に「はい」とします。家族等に依頼して、預貯金の出し入れをしている場合は「いいえ」となります。 | |
| ４ | 友人の家を訪ねていますか | | 友人の家を訪ねているかどうかを尋ねています。電話による交流や家族・親戚の家への訪問は含みません。 | |
| ５ | 家族や友人の相談にのっていますか | | 家族や友人の相談にのっているかどうかを尋ねています。面談せずに電話のみで相談に応じている場合も「はい」とします。 | |
| ６～10の質問項目は、運動器の機能について尋ねています。 | | | | |
| ６ | 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っていますか | | 階段を手すりや壁をつたわらずに昇っているかどうかを尋ねています。時々、手すり等を使用している程度であれば「はい」とします。手すり等を使わずに階段を昇る能力があっても、習慣的に手すり等を使っている場合には「いいえ」となります。 | |
| ７ | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか | | 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっているかどうかを尋ねています。時々、つかまっている程度であれば「はい」とします。 | |
| ８ | 15分位続けて歩いていますか | 15分位続けて歩いているかどうかを尋ねています。屋内、屋外等の場所は問いません。 | |
| ９ | この１年間に転んだことがありますか | この１年間に「転倒」の事実があるかどうかを尋ねています。 | |
| 10 | 転倒に対する不安は大きいですか | 現在、転倒に対する不安が大きいかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。 | |
| 11・12の質問項目は、低栄養状態かどうかについて尋ねています。 | | | |
| 11 | ６ヵ月で２～３㎏以上の体重減少がありましたか | ６ヵ月間で２～３㎏以上の体重減少があったかどうかを尋ねています。６ヵ月以上かかって減少している場合は「いいえ」となります。 | |
| 12 | 身長、体重 | 身長、体重は、整数で記載してください。体重は１カ月以内の値を、身長は過去の測定値を記載して差し支えありません。 | |
| 13～15の質問項目は、口腔機能について尋ねています。 | | | |
| 13 | 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか | 半年前に比べて固いものが食べにくくなったかどうかを尋ねています。半年以上前から固いものが食べにくく、その状態に変化が生じていない場合は「いいえ」となります。 | |
| 14 | お茶や汁物等でむせることがありますか | お茶や汁物等を飲む時に、むせることがあるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。 | |
| 15 | 口の渇きが気になりますか | 口の中の渇きが気になるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。 | |
| 16・17の質問項目は、閉じこもりについて尋ねています。 | | | |
| 16 | 週に１回以上は外出していますか | 週によって外出頻度が異なる場合は、過去１ヵ月の状態を平均してください。 | |
| 17 | 昨年と比べて外出の回数が減っていますか | 昨年の外出回数と比べて、今年の外出回数が減少傾向にある場合は「はい」となります。 | |
| 18～20の質問項目は認知症について尋ねています。 | | | |
| 18 | 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると言われますか | 本人は物忘れがあると思っていても、周りの人から指摘されることがない場合は「いいえ」となります。 | |
| 19 | 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか | 何らかの方法で、自ら電話番号を調べて、電話をかけているかどうかを尋ねています。誰かに電話番号を尋ねて電話をかける場合や、誰かにダイヤルをしてもらい会話だけする場合には「いいえ」となります。 | |
| 20 | 今日が何月何日かわからない時がありますか | 今日が何月何日かわからない時があるかどうかを、本人の主観に基づき回答してください。月と日の一方しか分からない場合には「はい」となります。 | |
| 21～25の質問項目は、うつについて尋ねています。 | | | |
| 21 | （ここ２週間）毎日の生活に充実感がない | ここ２週間の状況を、本人の主観に基づき回答してください。 | |
| 22 | （ここ２週間）これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった |
| 23 | （ここ２週間）以前は楽に出来ていたことが今ではおっくうに感じられる |
| 24 | （ここ２週間）自分が役に立つ人間だと思えない |
| 25 | （ここ２週間）わけもなく疲れたような感じがする |

**興味・関心チェックシート**

氏名：　　　　　 　　 　　　年齢：　　　歳　性別（男・女）記入日：Ｈ　　年　　月　　日

　表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがして

みたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味

があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「して

いる」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を

利用して記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 生活行為 | している | してみたい | 興味がある | 生活行為 | している | してみたい | 興味がある |
| 自分でトイレへ行く |  |  |  | 生涯学習・歴史 |  |  |  |
| 一人でお風呂に入る |  |  |  | 読書 |  |  |  |
| 自分で服を着る |  |  |  | 俳句 |  |  |  |
| 自分で食べる |  |  |  | 書道・習字 |  |  |  |
| 歯磨きをする |  |  |  | 絵を描く・絵手紙 |  |  |  |
| 身だしなみを整える |  |  |  | パソコン・ワープロ |  |  |  |
| 好きなときに眠る |  |  |  | 写真 |  |  |  |
| 掃除・整理整頓 |  |  |  | 映画・観劇・演奏会 |  |  |  |
| 料理を作る |  |  |  | お茶・お花 |  |  |  |
| 買い物 |  |  |  | 歌を歌う・カラオケ |  |  |  |
| 家や庭の手入れ・世話 |  |  |  | 音楽を聴く・楽器演奏 |  |  |  |
| 洗濯・洗濯物たたみ |  |  |  | 将棋・囲碁・ゲーム |  |  |  |
| 自転車・車の運転 |  |  |  | 体操・運動 |  |  |  |
| 電車・バスでの外出 |  |  |  | 散歩 |  |  |  |
| 孫・子供の世話 |  |  |  | ゴルフ・グラウンドゴルフ・  水泳・テニスなどのスポーツ |  |  |  |
| 動物の世話 |  |  |  | ダンス・踊り |  |  |  |
| 友達とおしゃべり・遊ぶ |  |  |  | 野球・相撲観戦 |  |  |  |
| 家族・親戚との団らん |  |  |  | 競馬・競輪・競艇・パチンコ |  |  |  |
| デート・異性との交流 |  |  |  | 編み物 |  |  |  |
| 居酒屋に行く |  |  |  | 針仕事 |  |  |  |
| ボランティア |  |  |  | 畑仕事 |  |  |  |
| 地域活動  （町内会・老人クラブ） |  |  |  | 賃金を伴う仕事 |  |  |  |
| お参り・宗教活動 |  |  |  | 旅行・温泉 |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

（出典）「平成25年度老人保健健康増進等事業　医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」

一般社団法人　日本作業療法士協会（2014.3）

介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼（変更）届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | | | | | | | | | | | | | | |
| 新規 ・ 変更 | | | | | | | | | | | | | | |
| 被　保　険　者　氏　名 | | | | | 被　保　険　者　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |
|  | | | | | 個　人　番　号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  |
| 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | | |
| 明・大・昭　　　年　 　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男・女 | | | | | | | |
| 介護予防サービス計画の作成を依頼（変更）する介護予防支援事業者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護予防ケアマネジメントを依頼（変更）する地域包括支援センター | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所名 | | |  | 事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 電話番号(　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護予防支援又は介護予防ケアマネジメントを受託する居宅介護支援事業者  ＊居宅介護支援事業者が受託する場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者の事業所名 | | |  | 事業所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 電話番号(　　―　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所を変更する場合の理由等 | | | | ※事業所を変更する場合のみ記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 要介護→要支援の認定となったため * 上記以外   　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　変更年月日（　　　　年　　　月　　　日付） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 釜石市長　あて  　　上記の介護予防支援事業者（地域包括支援センター）に介護予防サービス計画の作成又は  介護予防ケアマネジメントを依頼することを届け出します。  　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | 電話番号(　　―　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者確認欄 | | * 被保険者資格　□　届出の重複 * 介護予防支援事業者事業所（地域包括支援センター）   事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | |

（注意）１　この届出書は、要介護認定の申請時に、若しくは、介護予防サービス計画の作成又は介護予防ケア

マネジメントを依頼する事業所が決まり次第速やかに釜石市へ提出してください。

２　介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントを依頼する事業所を変更すると

きは、変更年月日を記入のうえ、必ず釜石市へ届け出てください。届け出のない場合、サービスに

係る費用を一旦、全額自己負担していただくことがあります。

　　　　３　住所地特例の対象施設に入居中の場合は、その施設の住所地の市町村の窓口に提出してください。

介護予防・生活支援サービス契約書（参考例）

　○○○○様（以下「利用者」という。）と○○○○（例：社会福祉法人○○会等）（以下「事業者」という。）は、事業者が提供する介護予防・生活支援サービス利用等について、以下のとおり契約を締結します。

（契約の目的）

第１条　事業者は、介護保険法（平成9年法律第123号）その他関係法令、釜石市の要綱等及び契約書に従い、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、（通所型サービス・訪問型サービス・通所型サービスA・訪問型サービスA）を提供します。

（契約期間）

第２条　この契約の期間は、平成○年○月○日から平成○年○月○日までとします。

（個別サービス計画の作成及び変更）

第３条　事業者は、必要に応じて、利用者の日常生活全般の状況、心身の状況及びサービスの希望を踏まえ、利用者の介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの内容に沿って、サービスの目標及び目標を達成するための具体的サービス内容等を記載した個別サービス計画を作成します。個別サービス計画の作成にあたっては、事業者は、その内容を利用者に説明し、同意を得たうえで交付することにします。

（提供するサービスの内容等及びその変更）

第４条　事業者が提供するサービスの内容、利用回数、利用料及び利用者負担は「契約書別紙（兼重要事項説明書）」のとおりです。

２　利用者は、いつでもサービスの内容を変更するよう申し出ることができます。この申し出があった場合は、当該変更が介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの範囲で可能であり、第１条に規定する契約の目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、速やかにサービスの内容を変更します。

３　事業者は、利用者が介護予防計画又は介護予防ケアマネジメントの変更を希望する場合は、速やかに地域包括支援センターに連絡するなど必要な援助を行います。

４　事業者は、提供するサービスのうち、介護保険の適用を受けないものがある場合には、そのサービス内容及び利用者負担金を具体的に説明して利用者の同意を得ることにします。

（利用者負担金の支払い）

第５条　利用者は、事業者からサービスの提供を受けた場合は「契約書別紙（兼重要事項説明書）」の記載のとおり事業者に対して利用者負担金の支払いをします。

２　利用者が「契約書別紙（兼重要事項説明書）」に記載の期日までにサービス利用の中止を申し入れなかった場合は、利用者は事業者に対して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と判断される場合は、キャンセル料の支払いは不要とします。

３　利用者負担金の請求及び支払方法は「契約書別紙（兼重要事項説明書）」中サービス利用料表のとおりです。

（利用者負担金の変更）

第６条　事業者は、介護保険法その他関係法令及び釜石市が規定する要綱等の改正により、利用者負担金に変更が生じた場合は、利用者に対し速やかに変更の時期及び変更後の金額を説明し、変更後の利用者負担金を請求することができるものとします。ただし、利用者は、この変更事項に同意することができない場合は、本契約を解約することができます。

（利用者負担金の滞納）

第７条　利用者が正当な理由がなく事業者に支払うべき利用者負担金を2ヶ月分以上滞納した場合は、事業者は利用者に対し、1ヶ月以上の猶予期間を設けた後に支払い期限を設定し、当該支払い期限までに滞納額の全額を支払わないときは、本契約を解除する旨を告知することができます。

２　事業者は、前項の告知をした場合は、地域包括支援センター及び釜石市へ報告を行い、本契約の解約後の利用者の健康や生命に支障がないよう、必要な協議を行うものとします。

３　事業者は、前項の措置を講じた後に、文書をもって本契約を解約することができます。

（利用者の解約権）

第８条　利用者は、事業者に対して7日以上の予告期間を設けて、本契約の解約を申し出ることができます。

２　利用者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、前項の規定にかかわらず本契約の解約をすることができます。

　（1）事業者が、利用者の請求にもかかわらず、正当な理由がないのに本契約に定めるサービスを提供しない場合

　（2）事業者が、第12条に定める守秘義務に違反した場合

　（3）事業者が、利用者の身体及び財産並びに名誉を著しく毀損するような不信行為を行い、本契約を継続しがたい重大な事由が認められる場合

（事業者の解約権）

第９条　事業者は、次の各号にいずれかに該当する場合は、文書により2週間以上の予告期間

を設けて、本契約を解約することができます。

　（1）利用者が悪意を持って法令違反又は著しく常識を逸脱する行為を行い、事業者の再三にわたる申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、本契約の目的を達することが困難となった場合

　（2）利用者が事業者の通常の事業実施地域外に転居し、事業者においてサービスの提供が困難であると見込まれる場合

　（3）事業者は、前項の規定によりこの契約を解約する場合には、地域包括支援センター及び釜石市に報告を行い、本契約の解約後の利用者の健康や生命に支障がないよう、必要な協議を行うものとします。

（契約の終了）

第10条　本契約に定めのない事項の外に、次の各号のいずれかに該当する場合は、本契約を

終了とします。

　（1）利用者が介護保険施設へ入所した場合

　（2）利用者が介護予防特定施設入居者生活介護、介護予防小規模多機能型居宅介護、介護予防認知症対応型共同生活介護のサービスを受けることになった場合

　（3）利用者が居宅要支援被保険者又は事業対象者のいずれにも該当しなくなった場合

　（4）利用者が死亡した場合

（損害賠償）

第11条　事業者は、サービスの提供にあたり、利用者又は利用者の家族の生命及び身体及び

財産に損害を与えた場合は、速やかに地域包括支援センター及び釜石市へ報告するととも

に、利用者又は利用者の家族に対して損害を賠償する責任を負います。ただし、当該損害に

ついて、事業所の責任を問えないと判断される場合は、この限りではありません。

２　前項の責任義務の履行を確保するため、事業者は損害賠償保険に加入するものとします。

３　利用者又は利用者の家族に過失がある場合の損害額は、利用者及び事業者が協議のうえ決定

するものとします。

（守秘義務）

第12条　事業者及び事業者の従業者は、サービスの提供にあたって知り得た利用者及び利用者の家族の個人情報について、漏えい、滅失、毀損を防止するために適切な管理を行います。

２　事業者及び事業者の従業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、利用者との契約終了後も前項の規定を遵守するものとします。

３　事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、利用者の介護予防サービス計画又は介護予防ケアマネジメントの立案等のためのサービス担当者会議並びに地域包括支援センター、介護予防・生活支援サービス事業所、介護予防サービス事業所等との連絡調整会議において、必要な場合のみ使用することができます。

（苦情処理）

第13条　利用者又は利用者の家族は、事業者より提供されたサービスに不服並びに苦情がある場合は「契約書別紙（兼重要事項説明書）」中の苦情相談窓口及び苦情受付機関に対して申し立てを行うことができます。

（サービス内容等の記録の作成及び保存）

第14条　事業者は、サービスの提供に関する記録を整備し、契約終了の日から5年間保管します。

２　利用者及び利用者の家族並びに後見人は、事業者に対し、前項の記録の閲覧及び実費相当額を負担して複写の提供を求めることができます。

３　事業者は、契約終了後に必要を認められる場合は、利用者の同意を得たうえで、利用者の指定する他の居宅介護支援事業所等へ情報提供することができるものとします。

（補則）

第15条　この契約により難い事情が生じたき又はこの契約について疑義を生じたときは、介護保険法その他関係法令及び釜石市が規定する要綱等に基づき、利用者及び事業者協議の上、定めるものとする。

　この契約締結の証として、本書２通を作成し、利用者及び事業者記名押印してそれぞれ１通を保有するものとする。

　平成○年○月○日

　　　　　　　　　　　　　また」以下の記載については、契約書とは別に個人情報の同意書を作成し、利用者から同意を得る場合は不要です。

　（利用者）私は、この契約内容に同意します。

　　　　　（また、第12条第3項の規定に定める個人情報の使用について、同意します。）

　　　　　　利用者　　　住　所

　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（代理人）私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

　　　　　署名代行者　住　所

　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（事業者）私は、利用者の申込みを受諾し、本契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって提供いたします。

　　　　　事業者　　　住　所

　　　　　　　　　　　事業者（法人名）

　　　　　　　　　　　代表者　職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（立会人）私は、（○○　利用者との続き柄）として、この契約に立ち会いました。

　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（家族代表）私は、第12条第3項に定める利用者の家族の個人情報の使用について、

　　　　　　同意します。

　　　　　　家族代表　　住　所

　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　利用者の家族の同意については、契約書と別に個人情報使用の同意書を作成し、利用者の家族から同意を得る場合は不要です。

**訪問型サービス（介護予防訪問介護）**

釜石市　参考様式　※実情に応じて加筆して使用してください。

**契約書別紙（兼重要事項説明書）（参考例）**

　あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、説明する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 |  |
| 主たる事務所の所在地 | 🏣 |
| 代表者（職名・氏名） |  |
| 設立年月日 |  |
| 電話番号 |  |

**２.ご利用事業所の概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ご利用事業所の名称 | ○○訪問介護事業所 | |
| サービスの種類 | 訪問型サービス（従前相当・サービスA） | |
| 事業所の所在地 | 🏣 | |
| 電話番号 |  | |
| 指定年月日・事業所番号 | 年　　月　　日指定 | 0000000000000 |
| 管理者の氏名 |  | |
| 通常の事業の実施地域 | 釜石市 | |

**３.事業の目的と運営方針**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 【例】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、訪問型サービスを提供することを目的とします。 |
| 運営の方針 | 【例】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**

釜石市　参考様式　※実情に応じて加筆して使用してください。

　訪問型サービス（介護予防訪問介護相当）は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排せつ、食事の介助、調理、洗濯、掃除等の家事など、日常生活上の世話を行うサービスです。具体的には、サービスの内容により、以下の区分に分けられます。

|  |  |
| --- | --- |
| 身体介護 | 利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助などの専門的な援助を行います。  　例）起床介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、  　　　清拭、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助など |
| 生活援助 | 家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。  　例）調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など |

**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（振替休日を含む）及び年末年始（12月31日～1月3日）及びお盆（8月13日～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いたします。 |

**６.事業所の職員体制**

|  |  |
| --- | --- |
| 従業者の職種 | 勤務の形態・人数 |
| 介護福祉士 | 常勤　　　人　　　非常勤　　　人 |
|  | 常勤　　　人　　　非常勤　　　人 |
|  | 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がありましたら、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**

釜石市　参考様式　※実情に応じて加筆して使用してください。

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割か2割又は3割（負担割合証に記載された利用者負担の割合）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）訪問型サービス（介護予防訪問介護相当）の利用料**

**【基本部分】**＊身体介護及び生活援助

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス名称 | サービスの内容 | 基本料金 | 利用者負担  （１割） | 利用者負担  （２割） | 利用者負担  （３割） |
| 訪問型サービス  　　　　　　Ⅳ  （１回につき） | １月の提供回数が１回から４回までの場合  （事業対象者・要支援1・2） |  |  | 実情に応じて加筆してください |  |
| 訪問型サービス  　　　　　　Ⅴ  （１回につき） | １月の提供回数が5回から8回までの場合  （事業対象者・要支援1・2） |  |  |  |  |
| 訪問型サービス  Ⅵ（１回につき） | １月の提供回数が9回から12回までの場合  （事業対象者・要支援2） |  |  |  |  |

（注）上記の基本利用料は、釜石市が定める金額であり、これが改定された場合は、これらの基本料金も自動的に改定されます。なお、そのような場合は、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は、上記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 | 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） |
| 初回加算 | 新規の利用者へのサービスを提供した場合 |  |  |  |  |
| 生活機能向上連携加算  （Ⅰ） | サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等に同行し、共同で利用者の心身の状況等を評価したうえで、生活機能向上を目的とした介護予防訪問介護計画を作成し、サービス提供をした場合 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 生活機能向上連携加算  （Ⅱ） |
| 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 | 実情に応じて加筆してください | | | |
| 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） |  | | | |

（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。

**（2）訪問型サービス（訪問型サービスA）の利用料**

釜石市　参考様式　※実情に応じて加筆して使用してください。

**【基本部分】**＊身体介護及び生活援助

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス名称 | サービスの内容 | 基本料金 | 利用者負担  （１割） | 利用者負担  （２割） | 利用者負担  （３割） |
| 訪問型サービス  　　　　　　A  （１回につき） | １月の提供回数が１回から４回までの場合  （事業対象者・要支援1・2） |  |  | 実情に応じて加筆してください |  |
| 訪問型サービス  　　　　　　A  （１回につき） | １月の提供回数が5回から8回までの場合  （事業対象者・要支援1・2） |  |  |  |  |
| 訪問型サービス  A（１回につき） | １月の提供回数が9回から12回までの場合  （事業対象者・要支援1・2） |  |  |  |  |

（注）上記の基本利用料は、釜石市が定める金額であり、これが改定された場合は、これらの基本料金も自動的に改定されます。なお、そのような場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

**（3）キャンセル料**

　　利用予定の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情があると判断される場合は、キャンセル料は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| キャンセルの時期 | キャンセル料 |
| 利用予定日の前日 | 利用者負担金の○○％の額 |
| 利用予定日の当日 | 利用者負担金の○○％の額 |

（注）利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料は不要です。

**（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する領収書等については、利用者負担金の支払いを確認した後、○日以内に発行します。

|  |  |
| --- | --- |
| 支払い方法 | 支払い要件等 |
| 口座振替 | 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営業日）にあなたの指定する下記口座より引き落とします。  《指定口座》○○銀行○○支店　普通口座0000000名義人×××× |
| 銀行振込み | 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営業日）  に、事業者が指定する下記の口座にお振込みください。  《指定口座》○○銀行○○支店　普通口座0000000名義人×××× |
| 現金払い | 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営業日）  までに、事業所に現金でお支払いください。 |

**９.緊急時における対応**

釜石市　参考様式　※実情に応じて加筆して使用してください。

　　サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに下記主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な対応を講じます。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者の主治医 | 医療機関の名称　　○○医院  主治医氏名　　　　○○　○○先生  医療機関所在地　　○○市○○町  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、地域包括支援センター及び釜石市へ報告を行うとともに、必要な対応を講じます。

**１１.苦情相談窓口**

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記窓口でお受けします。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所相談窓口 | 受付時間　　　午前○○時～午後○○時  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、下記機関に申し立てることができます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 苦情受付機関 | 釜石市高齢介護福祉課 | 電話番号  　　0193-22-0178 |
| 岩手県国民健康保険団体  連合会 | 電話番号  　　019-604-6700 |

**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、次のとおりです。

（１）サービス提供の際、訪問介護員等は下記の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

　　　①医療行為及び医療補助行為

　　　②各種支払いや年金等の管理、金銭の賃借など、金銭に関する取扱い

　　　③他の家族の方に対する食事の準備　など

（２）訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りしています。

釜石市　参考様式　※実情に応じて加筆して使用してください。

（３）体調や容体の急変によりサービスを利用できなくなった場合は、できる限り早めに当事業所の担当者へご連絡をお願いします。

　　年　　月　　日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記に記載された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　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　説明者職・氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　私は、事業者より上記に記載された重要事項について、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　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　署名代行者（又は法定代理人）

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄　　　　（　　　　　　）

　　　　　　　　立　会　人　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**通所型サービス（介護予防通所介護）**

釜石市　参考様式　※実情に応じて加筆して使用してください。

**契約書別紙（兼重要事項説明書）（参考例）**

　あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、説明する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 |  |
| 主たる事務所の所在地 | 🏣 |
| 代表者（職名・氏名） |  |
| 設立年月日 |  |
| 電話番号 |  |

**２.ご利用事業所の概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ご利用事業所の名称 | ○○ディサービスセンター | |
| サービスの種類 | 通所型サービス（従前相当・サービスA） | |
| 事業所の所在地 | 🏣 | |
| 電話番号 |  | |
| 指定年月日・事業所番号 | 年　　月　　日指定 | 0000000000000 |
| 利用定員 |  | |
| 通常の事業の実施地域 | 釜石市 | |

**３.事業の目的と運営方針**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 【例】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、通所型サービスを提供することを目的とします。 |
| 運営の方針 | 【例】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**

釜石市　参考様式　※実情に応じて加筆して使用してください。

　通所型サービス（介護予防通所型介護相当）は、事業者が設置する事業所（ディサービスセンター）に通っていただき、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（振替休日を含む）及び年末年始（12月31日～1月3日）及びお盆（8月13日～8月15日）を除きます。 |
| 営業時間 | 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  　　　　　　午後4時30分から午後6時30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.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がありましたら、何でもお申し出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 管理責任者の氏名 | 管理者 |

**８.利用料**

釜石市　参考様式　※実情に応じて加筆して使用してください。

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割か2割（負担割合証に記載された利用者負担の割合）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）通所型サービス（介護予防通所介護相当）の利用料**

**【基本部分】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス名称 | サービスの内容 | 基本料金 | 利用者負担  （１割） | 利用者負担  （２割） | 利用者負担  （３割） |
| 通所型サービス  （１回につき） | １月の提供回数が１回から４回までの場合  （事業対象者・要支援1） |  |  |  |  |
| １月の提供回数が5回から8回までの場合  （事業対象者・要支援2） |  | 実情に応じて加筆してください |  |  |
| 通所型サービス  （１回につき） | １月の提供回数が4回を超える場合  （事業対象者・要支援1） |  |  |  |  |
| １月の提供回数が8回を超える場合  （事業対象者・要支援2） |  |  |  |  |

（注）上記の基本利用料は、釜石市が定める金額であり、これが改定された場合は、これらの基本料金も自動的に改定されます。なお、そのような場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

**【加算】**

釜石市　参考様式　※実情に応じて加筆して使用してください。

以下の要件を満たす場合は、上記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 | | 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 | 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。 | |  |  |  |  |
| 運動機能  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） | |  |  |  |  |
| 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） | |  |  |  |  |
| 口腔機能  向上加算 | 利用者への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） | |  |  |  |  |
| 事業所評価  加　　　算 | 当該加算の算定基準に適合し、かつ、評価対象期間中、利用者の要支援状態の維持・改善の割合が一定以上になった場合（1月につき） | |  |  |  |  |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ  （１月につき） | 当該加算の体制・人員要件を満たす場合 | 事業対象者・要支援1 |  |  | 実情に応じて加筆してください |  |
| 事業対象者・要支援2 |  |  |  |  |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ  （１月につき） | 当該加算の体制・人員要件を満たす場合 | 事業対象者・要支援1 |  |  |  |  |
| 事業対象者・要支援2 |  |  |  |  |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ）  （１月につき） | 当該加算の体制・人員要件を満たす場合 | 事業対象者・要支援1 |  |  |  |  |
| 事業対象者・要支援2 |  |  |  |  |
| 生活機能向上連携加算 |  | |  |  |  |  |
| 運動機能向上加算を算定している場合 | |  |  |  |  |
| 栄養スクリーニング加算 | 栄養スクリーニング加算（6月に1回を限度） | |  |  |  |  |
| 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 | |  | | | |
| 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）＊ |  | | | |

（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。

釜石市　参考様式　※実情に応じて加筆して使用してください。

**（2）通所型サービス（サービスA）の利用料**

**【基本部分】**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス名称 | サービスの内容 | 基本料金 | 利用者負担  （１割） | 利用者負担  （２割） | 利用者負担  （３割） |
| 通所型サービス  （１回につき） | １月の提供回数が１回から４回までの場合  （事業対象者・要支援1・2） |  | 実情に応じて加筆してください |  |  |
| １月の提供回数が5回から8回までの場合  （事業対象者・要支援1・2） |  |  |  |  |
| １月の提供回数が9回以上の場合  （事業対象者・要支援1・2） |  |  |  |  |

（注）上記の基本利用料は、釜石市が定める金額であり、これが改定された場合は、これらの基本料金も自動的に改定されます。なお、そのような場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

**（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**

　　利用予定の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情があると判断される場合は、キャンセル料は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| キャンセルの時期 | キャンセル料 |
| 利用予定日の前日 | 利用者負担金の○○％の額 |
| 利用予定日の当日 | 利用者負担金の○○％の額 |

（注）利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料は不要です。

**（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する領収書等については、利用者負担金の支払いを確認した後、○日以内に発行します。

釜石市　参考様式　※実情に応じて加筆して使用してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 支払い方法 | 支払い要件等 |
| 口座振替 | 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営業日）にあなたの指定する下記口座より引き落とします。  《指定口座》○○銀行○○支店　普通口座0000000名義人×××× |
| 銀行振込み | 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営業日）  に、事業者が指定する下記の口座にお振込みください。  《指定口座》○○銀行○○支店　普通口座0000000名義人×××× |
| 現金払い | 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営業日）  までに、事業所に現金でお支払いください。 |

**９.緊急時における対応**

　　サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに下記主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な対応を講じます。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者の主治医 | 医療機関の名称　　　○○医院  主治医氏名　　　　　○○　○○先生  医療機関所在地　　　○○市○○町  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、地域包括支援センター及び釜石市へ報告を行うとともに、必要な対応を講じます。

**１１.苦情相談窓口**

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記窓口でお受けします。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所相談窓口 | 受付時間　　午前○○～午後○○  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、下記機関に申し立てることができます。

釜石市　参考様式　※実情に応じて加筆して使用してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 苦情受付機関 | 釜石市高齢介護福祉課 | 電話番号  　　　0193-22-0178 |
| 岩手県国民健康保健団体  連合会 | 電話番号  　　　019-604-6700 |

**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、次のとおりです。

（１）サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに近くの職員にお伝えください。

（２）ディサービスでは多くの利用者の方々が同時にサービスを利用しますので、皆さんが気持ちよくサービスを受けられるよう、ご協力をお願いします。

（３）体調や容体の急変によりサービスを利用できなくなった場合は、できる限り早めに当事業所の担当者へご連絡をお願いします。

**１３.非常災害対策**

　　　事業者は、当該事業所の所在する地域の環境及び利用者の身体の状況に応じて、災害の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作成しています。

　　　　年　　月　　日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記に記載された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　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　説明者職・氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　私は、事業者より上記に記載された重要事項について、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　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　署名代行者（又は法定代理人）

釜石市　参考様式　※実情に応じて加筆して使用してください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄　　　　（　　　　　　）

　　　　　　　　立　会　人　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

**契約書・重要事項説明書の変更同意書（参考例）**

釜石市　参考様式　※実情に応じて加筆して使用してください。

　○○○○様（以下「利用者」という。）と○○○○（例：社会福祉法人○○会等）（以下「事業者」という。）の間で締結した契約書及び説明・同意した重要事項説明書に関し、変更事項が生じましたので以下のとおり契約内容及び重要事項について変更します。

１.変更内容について

（１）サービスの種類

契約書中の「介護予防訪問（**通所**）介護」を「訪問（**通所**）型サービス」に変更する。

（２）基本利用料

　重要事項説明書中の「基本利用料」を下記の表のとおり変更する。

**（変更前）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス名称 | サービスの内容 | 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） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | 実情に応じて加筆してください |  |  |

**（変更後）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス名称 | サービスの内容 | 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） |
|  |  |  | 実情に応じて加筆してください |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（３）変更理由

　介護予防・日常生活支援総合事業に移行するため

（４）変更年月日

　平成　　年　　月　　日

　その他の事項は原契約書及び原重要事項説明書のとおりとする。

　上記について同意を証明するため、本書2通を作成し、利用者及び事業者の双方が記名・押印してそれぞれ一通を保管するものとする。

釜石市　参考様式　※実情に応じて加筆して使用してください。

平成　　年　　月　　日

事業者は、上記のとおり契約書及び重要事項の変更内容について利用者に対し、説明を行いました。

　　　　　　　　　事　業　者　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　事業者（法人）名

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　説明者職・氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　私は、事業者より上記のとおり契約及び重要事項の変更内容について説明を受け、同意しました。

　　　　　　　　　利　用　者　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　署名代行者（又は法定代理人）

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄　　　　（　　　　　　）