**羽咋市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に際し、指定通所介護等契約書別紙（兼重要事項説明書）において追記が必要な内容の例示**

**①事業所の概要**

**サービスの種類に「羽咋市介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）」を追記する。**

【例】

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 | 通所介護、介護予防通所介護、  羽咋市介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス） | |
| 事業所の所在地 | 〒000-0000　○○市○○○○◯　丁目　番　号 | |
| 電話番号 | ○○○－○○○－○○○○ | |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成○○年○○月○○日指定 | １３７０００００００ |
| 管理者の氏名 | ○○ ○○ | |
| 通常の事業の実施地域 | ○○市 | |

**②事業の目的**

**サービスの種類に「羽咋市介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）」を追記する。**

**利用者に事業対象者を加えるため、「要支援状態『等』」とする。**

【例】

事業の目的と運営の方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 要介護または要支援状態等にある利用者が、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機能の維持または向上を目指し、生活の質の確保およ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、居宅サービスまたは介護予防サービスまたは羽咋市介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）を提供することを目的とします。 |

**③提供するサービスの内容**

**提供するサービスの内容に「羽咋市介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）」を追記する。**

【例】

提供するサービスの内容

通所介護または介護予防通所介護または羽咋市介護予防・日常生活支援総合事業通所型サービス）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および助言、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およ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。

**④利用料**

**利用料に羽咋市介護予防・日常生活支援総合事業（通所型サービス）の内容を追記する。**

【例】

①羽咋市介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防通所介護相当のサービス（羽咋市）

【基本部分】１単位１０円です。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者の要介護度 | 単位（注１） |
| 要支援１・事業対象者  （１回につき　※1月の中で全部で4回まで） | ３７８単位 |
| 要支援１・事業対象者  （１月につき　※月５回以上利用の場合） | １，６４７単位 |
| 要支援２・事業対象者  （１回につき　※1月の中で全部で5回から8回まで） | ３８９単位 |
| 要支援２・事業対象者  （１月につき　※月９回以上利用の場合） | ３，３７７単位 |

（注１）上記の単位は、厚生労働大臣が告示で定める単位に準じたものであり、これが改定された場合は、これらの単位も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい単位を書面でお知らせします。

（注２）区分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】

　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） | | 単位 |
| 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） | | ２４０単位 |
| 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。 | | １００単位 |
| 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） | | ２２５単位 |
| 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） | | １５０単位 |
| 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） | | １５０単位 |
| 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または加算Ⅱのいずれか１つを算定する | | ４８０単位 |
| 選択的サービス  複数実施加算Ⅱ | ７００単位 |
| 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となった場合（１月につき） | | １２０単位 |
| サービス提供体制  強化加算Ⅰイ | 当該加算の体制・人材要件を満たす場合（１月につき）  ※いずれか１つを算定する。 | 要支援１ | ７２単位 |
| 要支援２ | １４４単位 |
| サービス提供体制  強化加算Ⅰロ | 要支援１ | ４８単位 |
| 要支援２ | ９６単位 |
| サービス提供体制  強化加算Ⅱ | 要支援１ | ２４単位 |
| 要支援２ | ４８単位 |
| 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１） | | １月の利用料金（基本部分＋延長加算）  の５％ |
| 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　※（注１）  ※いずれか１つを算定する。 | | １月の利用料金（基本部分＋各種加算減算）の４.０％ |
| 介護職員  処遇改善加算Ⅱ | １月の利用料金（基本部分＋各種加算減算）の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１）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。

【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単位が減算されます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 減算の種類 | 減算の要件 | | 単位 |
| 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 | ３７６単位 |
| 要支援２ | ７５２単位 |

②羽咋市介護予防・日常生活支援総合事業における市独自基準の通所型サービス

【基本部分】１単位１０円です。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | | | 単位 |
| １日　５時間以上 | １回につき（月4回まで） | 週１回程度 | ３２０単位 |
| １回につき（月8回まで） | 週２回程度 | ３３０単位 |
| １月につき（月5回以上） | 週１回程度 | １，４００単位 |
| １月につき（月9回以上） | 週２回程度 | ２，８７０単位 |
| 半日　３時間以上 | １回につき（月4回まで） | 週１回程度 | ２４０単位 |
| １回につき（月8回まで） | 週２回程度 | ２５０単位 |
| １月につき（月5回以上） | 週１回程度 | １，０５０単位 |
| １月につき（月9回以上） | 週２回程度 | ２，１５０単位 |

（注１）上記の単位は、羽咋市が設定したものであり、これが改定された場合は、これらの単位も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい単位を書面でお知らせします。

（注２）区分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。