**（記載例）**

**この重要事項説明書は記載例です。**

**内容は事業所の目的や実施内容に応じて変更してください。また、重要事項説明書の記載内容の責任は、事業所にありますのでご留意ください。**

第１号通所事業（通所型サービスＡ）　重要事項説明書

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

|  |  |
| --- | --- |
| ご利用事業所の名称 | 株式会社　○○○ |
| 主たる事業所の所在地 | 〒000-0000 高岡市○○○町○○ |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役 ○○ ○○ |
| 設立年月日 | 昭和○○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 | 通所型サービスＡ（緩和した基準によるサービス） | |
| 事業所の所在地 | 〒000-0000 高岡市○○○町○○ | |
| 電話番号 | ○○○－○○○－○○○○ | |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成○○年○○月○○日指定 | ○○○○○○○○ |
| 実施単位・利用定員 | ○単位 | 定員○○人 |
| 通常の事業の実施地域 | 高岡市 | |

３．事業の目的と運営の方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 要支援者または事業対象者が、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 | 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

通所型サービスは、事業者が設置する事業所に通っていただき、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。

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 |

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．事業所の管理者

あなたへのサービス提供の管理責任者（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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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、原則として基本利用料の１割（一定以上の所得のある方は２割）の額です。ただし、介護保険給付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（緩和した基準によるサービス）

【基本部分】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | サービス区分 | 利用  時間 | 基本利用料 | 利用者負担  （自己負担１割の場合） |
| 要支援１・事業対象者 | 送迎有・入浴有 | １日 | 14,820円 | 1,482円 |
| 半日 | 11,120円 | 1,112円 |
| 送迎有・入浴無 | １日 | 14,000円 | 1,400円 |
| 半日 | 10,500円 | 1,050円 |
| 送迎無・入浴有 | １日 | 14,000円 | 1,400円 |
| 半日 | 10,500円 | 1,050円 |
| 送迎無・入浴無 | １日 | 13,180円 | 1,318円 |
| 半日 | 9,890円 | 989円 |
|  | サービス区分 | 利用  時間 | 基本利用料 | 利用者負担  （自己負担１割の場合） |
| 要支援２ | 送迎有・入浴有 | １日 | 30,390円 | 3,039円 |
| 半日 | 22,790円 | 2,279円 |
| 送迎有・入浴無 | １日 | 28,700円 | 2,870円 |
| 半日 | 21,530円 | 2,153円 |
| 送迎無・入浴有 | １日 | 28,700円 | 2,870円 |
| 半日 | 21,530円 | 2,153円 |
| 送迎無・入浴無 | １日 | 27,020円 | 2,702円 |
| 半日 | 20,270円 | 2,027円 |

（注１）上記の基本利用料は、高岡市が定める金額であり、これが改定された場合は、これら 基本利用料も自動的に改訂されます。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。

（注２）上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の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） | 加算額 | |
| 基本利用料 | 利用者負担金（自己負担１割の場合） |
| 生活機能向上グループ加算 | 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。 | 900円 | 90円 |
| 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） | 2,030円 | 203円 |
| 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） | 1,350円 | 135円 |
| 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） | 1,350円 | 135円 |
| 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。 | 4,320円 | 432円 |
| 選択的サービス複数実施加算Ⅱ | 6,300円 | 630円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 加算の種類 | 加算の要件  （概要） | 基本利用料 | 利用者負担金  （自己負担１割の場合） |
| 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） | 1,080円 | 108円 |
| 中山間地域等提供加算 | 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 | 基本部分×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  ※加算Ⅰ～Ⅳのいずれか１つを算定する。 | 基本部分×4.0％ | |
| 介護職員処遇改善加算Ⅱ | 基本部分×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％  **当該事業所で算定する加算のみ記載してください。** | |

（３）その他の費用

|  |  |
| --- | --- |
| 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。 |

（４）キャンセル料

通所型サービスは、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。

（５）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、事業者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（又は介護支援専門員）及び市町村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 | 苦情担当者  受付時間  電話番号 |

（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 | 高岡市高齢介護課　認定審査係 | 電話番号 |
| 富山県国民健康保険団体連合 | 電話番号 |

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介護支援専門員（又は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。

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。

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