介護予防・日常生活支援総合事業

第一号通所事業（通所介護相当サービス）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当たり、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 | 社会福祉法人　○○会 |
| 主たる事業所の所在地 | 〒○○○‐○○○○高岡市○○町○○丁目○番○号 |
| 代表者（職名・氏名） | 理事長　○○　○○ |
| 設立年月日 | 平成○○年○○月○○日 |
| 電話番号 | ○○○○‐○○‐○○○○ |
| ファックス番号 | ○○○○‐○○‐○○○○ |
| ホームページアドレス | ｗｗｗ．○○．ｊｐ |

２　ご利用事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| ご利用事業所の名称 | ○○介護サービス |
| サービスの種類 | 通所介護相当サービス |
| 事業所の所在地 | 〒○○○‐○○○○高岡市○○町○○丁目○番○号 |
| 電話番号 | ○○○○‐○○‐○○○○ |
| ファックス番号 | ○○○○‐○○‐○○○○ |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成○○年○○月○○日指定 | ００００００００００ |
| 管理者の氏名 | ○○　○○ |
| 通常の事業の実施地域 | 高岡市 |
| 利用定員 | １日○単位　○名 |

３　事業の目的と運営方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 要支援状態等にある利用者が、可能な限りその居宅において、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、サービスを提供することを目的とします。 |
| 運営方針 | 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、利用者の要支援状態等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

　　事業者が設置する事業所に通ってもらい、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のサービスを提供します。

　　サービスの提供に当たっては、利用者ができることは利用者が行うことを基本とします。

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　従業者の職種、員数及び職務内容

　　事業所における従業者の職種、員数及び職務の内容は下記のとおりです。

(1)　管理者　１名（常勤職員）

事業所の従業者及び業務の一元的な管理及び従業者が遵守すべき事項についての必要な指揮命令を行うほか、通所介護相当サービスの目標や具体的なサービス内容等を記載した個別サービス計画の作成を行います。

　(2)　生活相談員　常勤　○名、非常勤　○名

　　　利用者の生活の向上を図るための相談、援助等を行うとともに、適切なサービスが提供されるよう事業所内のサービスの調整、他の介護保険施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスの提供者等との連携を行います。

　(3)　看護職員　常勤　○名、非常勤　○名

利用者の健康管理及び看護を行うとともに、事業所における衛生管理等の業務を行います。

　(4)　機能訓練指導員　常勤　○名、非常勤　○名

　　　利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行います。

　(5)　介護職員　常勤　○名、非常勤　○名

　　　個別サービス計画等に基づき通所介護相当サービスの従事に当たります。

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、原則として負担割合証に応じた基本利用料の１割または

２割の額です。ただし、区分支給限度額（事業対象者の場合は１月につき５０，０３０円（事業対象者がサービスを集中的に利用することが必要と認められる場合は１月につき

１０４，７３０円）、要支援１認定者の場合は１月につき５０，０３０円、要支援２認定者の場合は１月につき１０４，７３０円）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。

（注）区分支給限度額は説明するべき事項の一つとして示しているものであり、区分支給限度額に至るまでサービスを利用することをすすめるものではありません。

(1)　通所介護相当サービスの利用料

　　①　基本部分

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 基本利用料 | 利用者負担金 |
| １割の場合 | ２割の場合 |
| 通所型サービス費（Ⅰ） | 事業対象者・要支援１週１回程度 | １６，４７０円（１月につき） | １，６４７円（１月につき） | ３，２９４円（１月につき） |
| 通所型サービス費（Ⅱ） | 要支援２週２回程度 | ３３，７７０円（１月につき） | ３，３７７円（１月につき） | ６，７５４円（１月につき） |

　　②　減算

ア　以下の要件を満たす場合は、上記の基本部分は下記のとおり算定します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 減算の種類 | 減算の要件 | 減算による算定額 |
| 定員超過・人員基準欠如 | サービスの月平均の利用者の数が利用定員を超えるまたは人員基準を満たさない場合 | 上記基本部分の７０％ |

イ　以下の要件を満たす場合、上記の基本部分から下記の料金が減算されます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 減算の種類 | 減算の要件 | 減算額 |
| 基本利用料 | 利用者負担金（１割） | 利用者負担金（２割） |
| 同一建物減算 | 当事業所と同一建物の利用者にサービス提供する場合 | 通所型サービス費（Ⅰ）を算定している場合 | ３，７６０円（１月につき） | ３７６円（１月につき） | ７５２円（１月につき） |
| 通所型サービス費（Ⅱ）を算定している場合 | ７，５２０円（１月につき） | ７５２円（１月につき） | １，５０４円（１月につき） |

　　③　加算　以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に下記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 | 利用者負担金（１割） | 利用者負担金（２割） |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 個別の担当者を定めた上で若年性認知症利用者へサービス提供した場合 | ２，４００円（１月につき） | ２４０円（１月につき） | ４８０円（１月につき） |
| 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※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。 | １，０００円（１月につき） | １００円（１月につき） | ２００円（１月につき） |
| 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 | ２，２５０円（１月につき） | ２２５円（１月につき） | ４５０円（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 | １，５００円（１月につき） | １５０円（１月につき） | ３００円（１月につき） |
| 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 | １，５００円（１月につき） | １５０円（１月につき） | ３００円（１月につき） |
| 選択的サービス複数実施加算（Ⅰ） | 利用者へ運動器機能向上サービス、栄養改善サービスまた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※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。 | ４，８００円（１月につき） | ４８０円（１月につき） | ９６０円（１月につき） |
| 選択的サービス複数実施加算（Ⅱ） | ７，０００円（１月につき） | ７００円（１月につき） | １，４００円（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となった場合 | １，２００円（１月につき） | １２０円（１月につき） | ２４０円（１月につき） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 加算の種類 | 加算の要件 | 加算額 |
| 基本利用料 | 利用者負担金（１割） | 利用者負担金（２割） |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ | 一定以上の介護福祉士を配置している場合 | 通所型サービス費（Ⅰ）を算定している場合 | ７２０円（１月につき） | ７２円（１月につき） | １４４円（１月につき） |
| 通所型サービス費（Ⅱ）を算定している場合 | １，４４０円（１月につき） | １４４円（１月につき） | ２８８円（１月につき） |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ）ロ | 通所型サービス費（Ⅰ）を算定している場合 | ４８０円（１月につき） | ４８円（１月につき） | ９６円（１月につき） |
| 通所型サービス費（Ⅱ）を算定している場合 | ９６０円（１月につき） | ９６円（１月につき） | １９２円（１月につき） |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 通所型サービス費（Ⅰ）を算定している場合 | ２４０円（１月につき） | ２４円（１月につき） | ４８円（１月につき） |
| 通所型サービス費（Ⅱ）を算定している場合 | ４８０円（１月につき） | ４８円（１月につき） | ９６円（１月につき） |
| 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  | 上記基本部分の５％ |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）　※ | 当該加算の要件を満たす場合 | 上記基本部分と各種加算減算の合計の５．９％ |
| 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４．３％ |
| 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２．３％ |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）　※ | 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）の９０％ |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅴ）※ | 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）の８０％ |

（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)　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

　　　利用予定日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、利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、月包括単位で算定する場合は、キャンセル料は不要とします。

|  |  |
| --- | --- |
| 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、あなたが指定する下記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 | 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高岡市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

１１　損害賠償

(1)　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・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者又は利用者の家族に対して損害を賠償します。ただし、当該損害について事業者の責任を問えない場合はこの限りではありません。

(2)　前項の義務履行を確保するため、事業者は損害賠償保険に加入します。

　　　　損害賠償保険名：○○保険

(3)　利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合、賠償額を減額することができます。

１２　守秘義務

(1)　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又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。

(2)　事業者は、事業者の従業員が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。

(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、介護保険法第１１５条の４５の７第１項に基づくもののほか、利用者のケアプラン立案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、他の第一号事業の実施者及び介護予防サービス事業者等との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。

(4)　(1)にかかわらず、事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成１７年法律１２４号）に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

１３　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 ○○○－○○○－○○○○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 | 高岡市　高齢介護課認定審査係 | 電話番号　０７６６－２０－１３６５FAX番号　０７６６－２０－１３６４ |
| 富山県国民健康保険団体連合会 | 電話番号　０７６－４３１－９８３３FAX番号　０７６－４３１－９８３４ |
| 富山県福祉サービス運営適正化委員会 | 電話番号　０７６－４３２－３２８０FAX番号　０７６－４３２－６１２４ |

　　(3)　事業者は、提供したサービスについて、利用者又は利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速かつ適切に対処し、サービスの向上及び改善に努めます。

　　(4)　事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

１４　非常災害対策

事業者は、非常災害に関する具体的計画に基づき、事業所の管理者を防火責任者として次のとおり必要な訓練を行っており、また、消防法上必要な設備を備えております。

防災訓練　年○回

　　　避難訓練　年○回

　　　通報訓練　年○回

１５　サービス内容等の記録の作成及び保存

　　(1)　事業者は、サービスの提供に関する記録を整備し、完結の日から５年間保存します。

　　(2)　利用者及び利用者の後見人（必要に応じ利用者の家族を含む）は、事業者に対し、いつでも(1)の記録の閲覧及び複写を求めることができます。ただし、複写に際しては、事業者は利用者に対して、実費相当額を請求できるものとします。

　　(3)　事業者は、契約の終了にあたって必要があると認められる場合は、利用者の同意を得た上で、利用者の指定する他の居宅介護支援事業者等へ、(1)の記録の写しを交付することができるものとします。

１６　サービス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)　事業所内で政治活動や宗教活動は行わないでください。

　　(4)　所持金その他貴重品はご自身で管理してください。

　　(5)　体調や容体の急変等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。

　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