*（注）高齢者が読みやすいようポイントをできるかぎり大きくすること*

**通所介護、介護予防通所介護　重要事項説明書（例示）**

＜ 　年　 月　 日現在＞

**１ 事業者（法人）の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 名称・法人種別 |  |
| 代　表　者　名 |  |
| 所在地・連絡先 | （所在地）  （電話）  （FAX） |

**２ 事業所の概要**

（１）事業所名称及び事業所番号

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地・連絡先 | （所在地）  （電話）  （FAX） |
| 事業所番号 |  |
| 管理者の氏名 |  |
| 利用定員（単位） | ○○　名（１単位　○○名） |

（２）事業所の職員体制

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 従業者の職種 | 人数  （人） | 区　　分 | | | | 常勤換算後  の人数（人） | 職務の  内容等 |
| 常勤(人) | | 非常勤(人) | |
| 専従 | 非専従 | 専従 | 非専従 |
| 管理者 |  |  |  |  |  |  |  |
| 生活相談員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護職員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 看護職員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 機能訓練指導員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 事務職員等 |  |  |  |  |  |  |  |

（３）通常の事業の実施地域

|  |  |
| --- | --- |
| 通常の事業の実施地域 |  |

　　※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

*（注）客観的にその地域が特定されるよう表記すること。*

（４）営業日・営業時間等

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | 平日・土曜日 |
| 営業時間 | ○○：○○～○○：○○ |
| ○○：○○～○○：○○ |

　　※ 営業しない日：　日曜日・祝日・○○月○○日～○○月○○日

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供日 | 平日・土曜日 |
| サービス提供時間 | ○○：○○～○○：○○ |

*（注）各事業所の営業日の実態に合わせ、わかりやすく記載のこと。*

**３ サービスの内容**

|  |  |
| --- | --- |
| 種 類 | 内 容 |
| 食 事 | （食事時間） ○○：○○～○○：○○  利用者の状況に応じて適切な食事介助を行うと共に、食事の自立についても適切な援助を行います。 |
| 入 浴 | 入浴又は清拭を行います。  　寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。 |
| 排 泄 | 利用者様の状況に応じて適切な排泄介助を行うと共に、排泄の自立についても適切な援助を行います。 |
| 機能訓練 | 機能訓練指導員により利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。 |
| 生活指導 | 利用者の生活面での指導・援助を行います。  各種レクリエーションを実施します。 |
| 健康チェック | 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います。 |
| 相談及び援助 | 利用者とその家族からのご相談に応じます。 |
| 送 迎 | 自宅から事業所までの間の送迎を行います。 |

■　通所介護計画（介護予防通所介護計画）の作成及び評価等

居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に基づき、利用者様の直面している課題等を把握し、利用者様の希望を踏まえて、通所介護計画（介護予防通所介護計画）を作成します。

また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載して利用者様に説明のうえ交付します。

*（注）各事業所において、事業所の運営方針を踏まえ、わかりやすく記載のこと。*

**４ 費　用**

　　介護保険の適用がある場合は、利用者様の負担割合（負担割合証に記載）に応じた負担額となります。

なお、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者様は１か月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。また、還付に必要なサービス提供証明書を発行します。

**【料　金　表】**

**■通所介護（事業所規模：○○規模、地域区分　１単位：○○円）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス内容 | ○時間以上○時間以内 | | |
| サービス単位 | サービス利用料金 | 利用者負担額 |
| 要介護１ | ○○○単位 | ○○○○円／日 | ○○○円／日 |
| 要介護２ | ○○○単位 | ○○○○円／日 | ○○○円／日 |
| 要介護３ | ○○○単位 | ○○○○円／日 | ○○○円／日 |
| 要介護４ | ○○○単位 | ○○○○円／日 | ○○○円／日 |
| 要介護５ | ○○○単位 | ○○○○円／日 | ○○○円／日 |

**■通所介護加算項目**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 加算項目 | サービス  単位 | サービス  利用料金 | 利用者負担額 | 内　容 |
| 入浴介助加算 | ○○単位 | ○○○円／日 | ○○円／日 |  |
| ○○○○ | ○○単位 | ○○○円／回 | ○○円／回 |  |

**■介護予防通所介護**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス内容 | ○時間以上○時間以内 | | |
| サービス単位 | サービス利用料金 | 利用者負担額 |
| 要支援１ | ○○○○単位 | ○○○○○円／月 | ○○○○円／月 |
| 要支援２ | ○○○○単位 | ○○○○○円／月 | ○○○○円／月 |

**■介護予防通所介護加算項目**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 加算項目 | サービス  単位 | サービス  利用料金 | 利用者負担額 | 内　容 |
| 運動器機能向上加算 | ○○○単位 | ○○○○円／月 | ○○○円／月 |  |
| ○○○○ | ○○○単位 | ○○○○円／月 | ○○○円／月 |  |

　※　上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者様の居宅サービス計画等に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

※　介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者様の自己負担となりますのでご相談ください。

■その他利用料

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 食事代 | １回 | ○○○円 |
| おやつ代 | １回 | ○○○円 |
| おむつ代 | １枚 | ○○○円 |

■送迎費

　　　通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

　　　それ以外の地域にお住まいの方は、送迎費の実費が必要となります。

|  |  |
| --- | --- |
| 通常の事業の実施地域を越えてから、片道○○ｷﾛﾒｰﾄﾙ未満 | ○○○円 |
| 通常の事業の実施地域を越えてから、片道○○ｷﾛﾒｰﾄﾙ以上 | ○○○円 |

■その他の費用

通所介護サービスの中で提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となる費用で利用者負担が適当なものについては、利用者様に負担いただきます。

■キャンセル料（介護予防を除く。）

　　利用者様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、利用者様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用日の○○前までに連絡があった場合 | 無 　料 |
| 利用日の○○前までに連絡があった場合 | ○○○円（○○％） |
| 利用日の○○前までに連絡がなかった場合 | ○○○円（○○％） |

*（注）キャンセル料を請求する、しない及びその徴収率等の設定は、各事業者において決定する事項です。*

■利用料等のお支払方法

　　　毎月、○○日までに前月分の請求をいたしますので、○○日までに下記口座に振り込んで下さい。入金確認後、領収証を発行します。

　　　現金支払い等支払い方法については、ご相談ください。

|  |
| --- |
| ○○銀行○○支店  普通預金口座（口座番号○○○○○○○○）  口座名義○○○○○○ |

**５ 事業所の特色等**

（１） 事業の目的

（２） 運営方針

（３） その他

　　　従業員研修を年○○回、○○○の研修を行っています。

*（注）内容については、運営規程と整合を図り、各事業者において決定する事項です。*

**６ サービス内容に関する苦情等相談窓口**

**（１）苦情等相談窓口について**

**提供したサービス内容等について、相談や苦情を受け付けるための窓口を下表のと**

**おり設置します。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 当事業所　相談窓口 | | 窓口責任者 ○○○○  受付時間 ○○：○○～○○：○○  連 絡 先 電話　○○○○－○○－○○○○  　　　　　FAX　○○○○－○○－○○○○  　　　　　面接（当事業所○階相談室）  苦 情 箱　○○に設置 |
| ○○市○○○○課 | 受付時間：月曜日～金曜日  ８:３０～１７：１５  電話番号：○○○○－○○－○○○○ |
| 京都府国民健康保険団体連合会 | 受付時間：月曜日～金曜日  ９：００～１７：００  電話番号：０７５－３５４－９０９０ |

*（注）行政窓口については、通常の事業の実施地域にある全ての関係市区町村を記載のこと。*

**（２）苦情処理の体制及び手順について**

**相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。**

**○**

**○**

**○　　　*※各事業所で定めている苦情処理の体制及び手順を記載してください。***

**○**

**○**

**７ 緊急時等における対応方法**

　　サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画（介護予防支援計画）を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をするなどの必要な措置を講じます。

**８ 事故発生時等における対応方法**

　サービス提供中に事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、速やかに利用者様の緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画（介護予防支援計画）を作成した居宅介護支援事業者等、市町村及び京都府に連絡を行います。

**９ 非常災害時の対策**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 非常時の対応 | 別途定める消防計画に基づき対応を行います。 | | | |
| 避難訓練 | 別途定める消防計画にのっとり年○回避難訓練を行います。 | | | |
| 防災設備 | 設備名称 | 有無(数) | 設備名称 | 有無(数) |
|  | スプリンクラー | あり | 防火扉・シャッター | ○か所 |
|  | 避難階段 | ○か所 | 屋内消火栓・消火器 | あり |
|  | 自動火災報知機 | あり | ガス漏れ探知機 | あり |
|  | 誘導灯 | ○か所 | ○○○ | ○○ |
|  | カーテン、布団等は防炎性能のあるものを使用しています。 | | | |
| 消防計画等 | ○○消防署への届出日：平成○○年○○月○○日 防火管理者：　○○　○○ | | | |

*（注）風水害対策等についても記載すること。*

**10 個人情報の保護及び秘密の保持について**

※　事業所は、利用者様及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。

※　事業所が得た利用者及びその家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。

**11 サービス利用に当たっての留意事項**

　※　サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

また、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）及び被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

※　施設内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

※　決められた場所以外での喫煙はご遠慮ください。

※　他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。

※　所持金品は、自己の責任で管理してください。

※　施設内での他の利用者に対する宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

**12サービスの第三者評価の実施状況**

　提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

|  |  |
| --- | --- |
| 実施の有無 |  |
| 実施した直近の年月日 |  |
| 第三者評価機関名 |  |
| 評価結果の開示状況 |  |

■緊急時等連絡先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 緊急時連絡先  （家族等） | 氏名（続柄） | （ 　　　　） |
| 住　所 |  |
| 電話番号  （携帯電話） |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主治医 | 病院（診療所）名 |  |
| 所在地 |  |
| 氏　名 |  |
| 電話番号 |  |

　当事業者はサービスの利用に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、通所介護（介護予防通所介護）のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

　説明・交付年月日：　 年　　月　　日

　　事 業 者　　　所 在 地

　　　　　　　 事業者（法人）名

　　　　　　　　　　事業所名

事業所番号

代表者名

　　説 明 者 　 職　 名

氏 　名

私は、重要事項説明書に基づいてサービス内容等に係る重要事項の説明を受け、その内容に同意の上、本書面を受領しました。

　同意年月日：　 　　年　　月　　日

利用者本人　　　住　　所

　　　　　　　　　　　氏　　名

（署名・法定）代理人　住　　所

　氏　　名