**介護予防・日常生活支援総合事業**

**第１号通所事業（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**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者（法人）の名称 | 株式会社 ○○○○ |
| 主たる事務所の所在地 | 〒000-0000　○○市○○○○○ |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役　○○ ○○ |
| 設立年月日 | 平成○○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 | 第１号通所事業（サービスＡ） |
| 事業所の所在地 | 〒000-0000　五條市○○○○○ |
| 電話番号 | ○○○－○○○－○○○○ |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成○○年○○月○○日指定 | ００００００００００ |
| 利用定員 |  定員○○人 |
| 事業の実施地域 | 五條市 |

**３．事業の目的と運営の方針**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 要支援状態や事業対象者にある利用者が、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、適切な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**

第１号通所事業（サービスＡ）のサービス内容は、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、運動やレクリエーションを主体とした、閉じこもりや、認知症、うつ予防など自立支援に資する通所サービス（入浴サービスは含まない）とする。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 | ○曜日から○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○時○○分から午後○時○○分まで |
| サービス提供時間 | 　午前○時○○分から午後○時○○分まで |
| 　延長時間は、午前○時○○分から午前○時○○分まで 及び午後○時○○分から午後○時○○分まで とします。 |

**６．事業所の職員体制**

|  |  |
| --- | --- |
| 従業者の職種 | 勤務の形態・人数 |
| 従業員 | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| 　　うち○○○ | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| 　　うち○○○ | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| 　　うち○○○ | 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」及びあなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、は以下のとおりです。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）第1号通所事業（サービスＡ）の利用料・・・基本部分及び加算の合計の額となります。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **イ　通所型サービスAⅠ　（　1日　）　（　5時間以上　）** | **単位数** | **上限回数** |
| ①　通所型サービスAⅠ・１　（回数） | 事業対象者・要支援１ | ○○○ | 月４回まで回数 |
| ②　通所型サービスAⅠ・２　（回数） | 事業対象者・要支援２ | ○○○ | 月８回まで回数 |
| ③　通所型サービスAⅠ・１　（包括払い） | 事業対象者・要支援１ | ○○○ | 月5回以上包括 |
| ④　通所型サービスAⅠ・２　（包括払い） | 事業対象者・要支援２ | ○○○ | 月9回以上包括 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ロ　通所型サービスAⅡ　（　半日　）　（　3時間以上　）** | **単位数** | **上限回数** |
| ①　通所型サービスAⅡ・１　（回数） | 事業対象者・要支援１ | ○○○ | 月４回まで回数 |
| ②　通所型サービスAⅡ・２　（回数） | 事業対象者・要支援２ | ○○○ | 月８回まで回数 |
| ③　通所型サービスAⅡ・１　（包括払い） | 事業対象者・要支援１ | ○○○ | 月5回以上包括 |
| ④　通所型サービスAⅡ・２　（包括払い） | 事業対象者・要支援２ | ○○○ | 月9回以上包括 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **二　中山間地域加算　（独自）** | **五條市で定める指定地域に居住する者へのサービスの提供加算** | **単位数**○○ | **回** |

＊送迎を希望する利用者に対して、送迎を行う体制（必要な車両及び人員が確保されている体制をいう。以下同じ。）がある場合に限る。

　＊イ、ロについて、看護・介護職員の員数が基準に満たない場合、所定単位数に70/100を乗じる。

　＊二の五條市で定める指定地域とは、西吉野町、大塔町、大深町、樫辻町、湯谷市塚町及び阪合部新田町とする。

　＊二は、支給限度額管理の対象外とする。

**（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。 |
| 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）支払い方法**

　上記（１）から（２）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、あなた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及び五條市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 | 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 | 五條市あんしん福祉部介護福祉課 | 電話番号 ０７４７－２２－４００１ |
| 奈良県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 ０１２０－２１－６８９９ |

**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

代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

説明者氏名　　　　　　　　　　　　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。

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　　　　　　　　 　　　　　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