**管理番号 No．**

**重要事項説明書**

**(通所介護)**

**利用者： 様**

**事業者：**

**通所介護重要事項説明書**〔●●●●年●●月●●日現在〕

**１ 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口**

**●●課 TEL ００－００００－００００**

担当　 　　　　　　　　 　 　　　 重要事項説明者

各市区町村でも受け付けております。※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

**２　●●の概要**

（１）事業者の指定番号およびサービス提供地域

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地　　 |  |
| 介護保険指定番号 | 通所介護事業　（●●県　000000000000 号） |
| サービス提供地域 |  ※こちらの地域以外の方でもご相談ください。 |

（２）営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 月　 ～ 土 | 午前００：００ ～ 午後００：００ |

（３）サービス提供時間

|  |  |
| --- | --- |
| 月　 ～ 土 | 午前００：００ ～ 午後００：００ |

（４）職員体制

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 資 格 | 常 勤 | 非常勤 | 計 |
| 管理者 | 社会福祉主事 | 名 | 名 | 名 |
| 生活相談員 | 社会福祉主事 | 名 | 名 | 名 |
| 看護師 | 看護師・准看護師 | 名 | 名 | 名 |
| 介護職員 | 介護職員初任者研修修了者または2級介護員 | 名 | 名 | 名 |

（５）事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

**３　サービス内容**

通所介護計画に沿って、送迎、食事の提供、入浴介助、機能訓練、口腔機能向上、アクティビティーその他必要な介護等を行います。

**４　利用料金**

（１）利用料

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護保険適用 | 　　単位 | 一割負担分 |
| 要介護１ | 　　単位 | 　　　　　円 |
| 要介護２ | 　　単位 | 　　　　　円 |
| 要介護３ | 　　単位 | 　　　　　円 |
| 要介護４ | 　　単位 | 　　　　　円 |
| 要介護５ | 　　単位 | 　　　　　円 |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ） | 　　単位 | 　　　　　円 |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ） | 　　単位 | 　　　　　円 |
| 入浴をしたとき | 　　単位 | 　　　　　円 |
| 口腔機能向上をしたとき | 単位（月　回まで） | 　　　　　円 |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ） | 毎月算定単位の1.9％ | 毎月算定単位の1.9％の一割分 |

介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

○自費をいただくもの（介護保険適用外）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 食材料費用 |  | 円 |
| レクリエーション材料費 |  | 実費 |
| オムツ |  | 円 |
| 複写物 | 一枚につき | 円 |

（２）交通費

通常の事業の実施地域を越える場合の交通費。１ｋｍにつき●●円。

（３）キャンセル料金

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

（連絡先：●●課 **TEL００－００００－００００**）

|  |
| --- |
| ①ご利用日の前営業日の●●時までにご連絡いただいた場合 無料 |
| ②ご利用日の前営業日の●●時までにご連絡がなかった場合 デイサービス利用料の●●％ |

（４）料金の支払方法

毎月月末締めとし、翌月●●日までに当月分の料金を請求いたしますので、●●日までにお支払いください。お支払い方法は、原則銀行または、郵便局引き落としとさせていただきます。

**５　サービスの利用方法**

（１）サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。通所介護計画作成と同時に契約を結びサービス提供を開始します。
※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

（２）サービスの終了

1. お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の●週間前までに文書でお申し出ください。

1. 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了●ヶ月までに文書で通知いたします。

1. 自動終了（以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）
	* お客様が介護保険施設に入所した場合
	* 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕または要支援と認定された場合

　　※この場合、条件を変更して再度契約することができます。

* + お客様が亡くなられた場合

④　その他

* + 当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
	+ お客様が、サービス利用料金の支払いを●ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず●●日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族の方などが、当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当社により文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
	+ 風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます
	+ 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。
	+ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
	+ 他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

**６ 緊急時の対応方法**

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主治医 | 主治医氏名 |  |
| 連絡先 |  |
| ご家族 | 氏名 |  |
| 連絡先 |  |
| 主治医への連絡基準 |  |

**７ 事故発生時の対応方法**

サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村、利用者のご家族、利用者に係わる居宅介護支援事業者（介護予防にあっては地域包括支援センター）等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。

**８ サービス内容に関する苦情**

* 弊社お客様苦情相談窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 苦情相談窓口担当 |  |
| 受付日 | ○曜日～○曜日（ただし日曜日・12月30日から1月3日までを除く） |
| 受付時間 | 午前○○：○○～○○：○○ |

* その他

|  |  |
| --- | --- |
| ○○市　介護保険課 | 電話：００－００００－００００ |
| ○○市　介護保険課 | 電話：００－００００－００００ |
| ○○県国民健康保険団体連合会（苦情相談専用） | 電話：００－００００－００００ |

**【 会社の概要 】**

社名

資本金 ００００００００円（資本準備金含まず） ※００年００月００日現在

社員数 　　名（正社員のみ）

設立 ００年００月

所在地

代表者　　　　代表取締役

【 事業内容 】

訪問介護事業／居宅介護支援事業／通所介護事業／福祉用具貸与事業

地方公共団体（区市町村）から介護被保険者認定調査業務の受託

【事業者】

　　 　　　　　印

【事業所】

（住所）

（指定番号 00000000000　●●県）

上記の内容の説明を受け、了承しました。

　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　利用者氏名　　　　　　　　　　　　　 印

利用者家族氏名　　　　　　　　　　　　　 印

　　　　　　代理人氏名　　　　　　　　　　　　　 印