モ デ ル 重 要 事 項 説 明 書 　（介護予防認知症対応型通所介護）

（メモ）重要事項の掲示について書面掲示に加え、令和７年４月１日以降ウェブサイト（法人のホームページ等又は情報公表システム上）に掲載が必要となります。

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定介護予防認知症対応型通所介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。分からないこと、分かりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

|  |
| --- |
| この「重要事項説明書」は、「寝屋川市指定居宅サービス事業者等の指定並びに指定居宅サービス等の事業等の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例（平成30年寝屋川市条例第55号）」の規定に基づき、指定介護予防認知症対応型通所介護サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。 |

１　指定介護予防認知症対応型通所介護サービスを提供する事業者について

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名称 | （法人種別及び法人の名称） |
| 代表者氏名 | （代表者の役職名及び氏名） |
| 本社所在地（連絡先及び電話番号等） | （法人登記簿記載の所在地）（連絡先部署名）（電話・ﾌｧｯｸｽ番号） |
| 法人設立年月日 | （法人設立年月日） |

２　利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

1. 事業所の所在地等

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名称 | （指定事業所名称） |
| 介護保険指定事業所番号 | （指定事業所番号） |
| 事業所所在地 | （事業所の所在地、ビル等の場合には、建物名称、階数、部屋番号まで） |
| 連絡先相談担当者名 | （連絡先電話・ﾌｧｯｸｽ番号）（部署名・相談担当者氏名） |
| 事業所の通常の事業の実施地域 | 　寝屋川市 |
| 利用定員 | （運営規程記載の利用定員を記載） |

1. 事業の目的及び運営の方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | （運営規程記載内容の要約） |
| 運営の方針 | （運営規程記載内容の要約） |

1. 事業所窓口の営業日及び営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | （運営規程記載の営業日を記載） |
| 営業時間 | （運営規程記載の営業時間を記載） |

(4)サービス提供時間

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供日 | （運営規程記載のサービス提供日を記載） |
| サービス提供時間 | （運営規程記載のサービス提供時間を記載） |
| 延長サービス提供時間 | （運営規程記載の延長サービス提供時間を記載） |

(5)事業所の職員体制

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者 | （氏名） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職 | 職務内容 | 人員数 |
| 管理者 | 1. 従業者の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。
2. 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。
3. 利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、機能訓練等の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した介護予防認知症対応型通所介護計画を作成するとともに利用者等への説明を行い、同意を得ます。
4. 利用者へ介護予防認知症対応型通所介護計画を交付します。
5. 指定介護予防認知症対応型通所介護の実施状況の把握及び介護予防認知症対応型通所介護計画の変更を行います。
 | 常　勤　　名 |
| 生活相談員 | 1. 利用者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるよう、生活指導及び入浴、排せつ、食事等の介護に関する相談及び援助などを行います。
2. それぞれの利用者について、介護予防認知症対応型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。
 | 常　勤　　名非常勤　　名 |
| 看護師・准看護師（看護職員） | 1. サービス提供の前後及び提供中の利用者の心身の状況等の把握を行います。
2. 利用者の静養のための必要な措置を行います。
3. 利用者の病状が急変した場合等に、利用者の主治医等の指示を受けて、必要な看護を行います。
 | 常　勤　　名非常勤　　名 |
| 介護職員 | 1. 介護予防認知症対応型通所介護計画に基づき、必要な日常生活上の世話及び介護を行います。
 | 常　勤　　名非常勤　　名 |
| 機能訓練指導員 | 1. 介護予防認知症対応型通所介護計画に基づき、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、機能訓練を行います。
 | 常　勤　　名非常勤　　名 |
| 管理栄養士 | 1. 栄養改善サービスを行います。
 | 常　勤　　名非常勤　　名 |
| 歯科衛生士言語聴覚士 | 1. 口腔機能向上サービスを行います。
 | 常　勤　　名非常勤　　名 |
| 事務職員 | 1. 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。
 | 常　勤　　名非常勤　　名 |

（メモ）員数については、置くべきとされている員数を満たす範囲において「〇〇名以上」と記載することができます。

３　提供するサービスの内容及び費用について

1. 提供するサービスの内容について

|  |  |
| --- | --- |
| サービス区分と種類 | サービスの内容 |
| 介護予防認知症対応型通所介護計画の作成 | 1. 利用者に係る介護予防支援事業者が作成した介護予防サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた介護予防認知症対応型通所介護計画を作成します。
2. 介護予防認知症対応型通所介護計画の作成に当たっては、その内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。
3. 介護予防認知症対応型通所介護計画の内容について、利用者の同意を得たときは、介護予防認知症対応型通所介護計画書を利用者に交付します
4. それぞれの利用者について、介護予防認知症対応型通所介護計画に従ったサービスの実施状況及び目標の達成状況の記録を行います。
 |
| 利用者居宅への送迎 | 事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。 |
| 日常生活上の世話 | 食事の提供及び介助 | 食事の提供及び介助が必要な利用者に対して、介助を行います。また嚥下困難者のためのきざみ食、流動食等の提供を行います。 |
| 入浴の提供及び介助 | 入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。 |
| 排せつ介助 | 介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。 |
| 更衣介助 | 介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。 |
| 移動･移乗介助 | 介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへ移乗の介助を行います。 |
| 服薬介助 | 介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。 |
| 機能訓練 | 日常生活動作を通じた訓練 | 利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練を行います。 |
| レクリエーションを通じた訓練 | 利用者の能力に応じて、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。 |
| 器具等を使用した訓練 | 利用者の能力に応じて、機能訓練指導員が専門的知識に基づき、器械・器具等を使用した訓練を行います。 |
| その他 | 創作活動など | 利用者の選択に基づき、趣味･趣向に応じた創作活動等の場を提供します。 |

（メモ）利用者との間で、提供するサービスに関して疑義や誤解が生じないよう、サービス内容は、できる限り具体的に記述するようにしてください。

1. 介護予防認知症対応型通所介護従業者の禁止行為

介護予防認知症対応型通所介護従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

　　ア　医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）

　　イ　利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり

　　ウ　利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受

　　エ　身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く。）

　　オ　利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

1. 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供時間区分事業所区分要介護度 | 3時間以上4時間未満 |
| 基本単位 | 利用料 | 利用者負担額 |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 単独型 | 要支援１ | 475 | 5,063円 | 507円 | 1,013円 | 1,519円 |
| 要支援２ | 526 | 5,607円 | 561円 | 1,122円 | 1,683円 |
|  | 4時間以上5時間未満 |
| 要支援１ | 497 | 5,298円 | 530円 | 1,060円 | 1,590円 |
| 要支援２ | 551 | 5,873円 | 588円 | 1,175円 | 1,762円 |
|  | 5時間以上6時間未満 |
| 要支援１ | 741 | 7,899円 | 790円 | 1,580円 | 2,370円 |
| 要支援２ | 828 | 8,826円 | 883円 | 1,766円 | 2,648円 |
|  | 6時間以上7時間未満 |
| 要支援１ | 760 | 8,101円 | 811円 | 1,621円 | 2,431円 |
| 要支援２ | 851 | 9,071円 | 908円 | 1,815円 | 2,722円 |
|  | 7時間以上8時間未満 |
| 要支援１ | 861 | 9,178円 | 918円 | 1,836円 | 2,754円 |
| 要支援２ | 961 | 10,244円 | 1,025円 | 2,049円 | 3,074円 |
|  | 8時間以上9時間未満 |
| 要支援１ | 888 | 9,466円 | 947円 | 1,894円 | 2,840円 |
| 要支援２ | 991 | 10,564円 | 1,057円 | 2,113円 | 3,170円 |

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供時間区分事業所区分要介護度 | 3時間以上4時間未満 |
| 基本単位 | 利用料 | 利用者負担額 |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 併設型 | 要支援１ | 429 | 4,573円 | 458円 | 915円 | 1,372円 |
| 要支援２ | 476 | 5,074円 | 508円 | 1,015円 | 1,523円 |
|  | 4時間以上5時間未満 |
| 要支援１ | 449 | 4,786円 | 479円 | 958円 | 1,436円 |
| 要支援２ | 498 | 5,308円 | 531円 | 1,062円 | 1,593円 |
|  | 5時間以上6時間未満 |
| 要支援１ | 667 | 7,110円 | 711円 | 1,422円 | 2,133円 |
| 要支援２ | 743 | 7,920円 | 792円 | 1,584円 | 2,376円 |
|  | 6時間以上7時間未満 |
| 要支援１ | 684 | 7,291円 | 730円 | 1,459円 | 2,188円 |
| 要支援２ | 762 | 8,122円 | 813円 | 1,625円 | 2,437円 |
|  | 7時間以上8時間未満 |
| 要支援１ | 773 | 8,240円 | 824円 | 1,648円 | 2,472円 |
| 要支援２ | 864 | 9,210円 | 921円 | 1,842円 | 2,763円 |
|  | 8時間以上9時間未満 |
| 要支援１ | 798 | 8,506円 | 851円 | 1,702円 | 2,552円 |
| 要支援２ | 891 | 9,498円 | 950円 | 1,900円 | 2,850円 |

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供時間区分事業所区分要介護度 | 3時間以上4時間未満 |
| 基本単位 | 利用料 | 利用者負担額 |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 共用型 | 要支援１ | 248 | 2,643円 | 265円 | 529円 | 793円 |
| 要支援２ | 262 | 2,792円 | 280円 | 559円 | 838円 |
|  | 4時間以上5時間未満 |
| 要支援１ | 260 | 2,771円 | 278円 | 555円 | 832円 |
| 要支援２ | 274 | 2,920円 | 292円 | 584円 | 876円 |
|  | 5時間以上6時間未満 |
| 要支援１ | 413 | 4,402円 | 441円 | 881円 | 1,321円 |
| 要支援２ | 436 | 4,647円 | 465円 | 930円 | 1,395円 |
|  | 6時間以上7時間未満 |
| 要支援１ | 424 | 4,519円 | 452円 | 904円 | 1,356円 |
| 要支援２ | 447 | 4,765円 | 477円 | 953円 | 1,430円 |
|  | 7時間以上8時間未満 |
| 要支援１ | 484 | 5,159円 | 516円 | 1,032円 | 1,548円 |
| 要支援２ | 513 | 5,468円 | 547円 | 1,094円 | 1,641円 |
|  | 8時間以上9時間未満 |
| 要支援１ | 500 | 5,330円 | 533円 | 1,066円 | 1,599円 |
| 要支援２ | 529 | 5,639円 | 564円 | 1,128円 | 1,692円 |

※　サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び介護予防認知症対応型通所介護計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとしますが、利用者の希望又は心身の状況等により、あるサービス提供日における計画時間数を短縮する場合は、その日に係る介護予防認知症対応型通所介護計画を変更し、変更後のサービス提供時間数に応じた利用料となります。なお引き続き、計画時間数とサービス提供時間数が異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに介護予防認知症対応型通所介護計画の見直しを行います。

※　利用者の希望又は心身の状況等によりサービスを中止した場合で、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる（1～2時間程度の利用）場合は、当日の利用はキャンセル扱いとし、利用料はいただきません。

※　９時間以上のサービス提供を行う場合で、その提供の前後に引き続き日常生活上の世話を行った場合は、延長加算として下記利用料が追加されます。

通算時間が９時間以上10時間未満の場合、利用料533円（利用者負担：1割54円、2割107円、3割160円）

10時間以上11時間未満の場合、利用料1,066円（利用者負担：1割107円、2割214円、3割320円）

11時間以上12時間未満の場合、利用料1,599円（利用者負担：1割160円、2割320円、3割480円）

12時間以上13時間未満の場合、利用料2,132円（利用者負担：1割214円、2割427円、3割640円）

13時間以上14時間未満の場合、利用料2,665円（利用者負担：1割267円、2割533円、3割800円）

※　月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合又は介護予防認知症対応型通所介護従業者の数が人員配置基準を下回った場合は、上記金額のうち基本単位数に係る翌月の利用料及び利用者負担額は、70／100となります。

※　当事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者又は同一の建物から通う利用者は、1日に付き利用料が1,002円（利用者負担額：1割101円、2割201円、3割301円）減算されます。同一の建物とは、指定介護予防認知症対応型通所介護事業所と構造上又は外形上、一体的な建築物をいいます。

※　利用者に対し、その居宅と当事業所との間の送迎を行わない場合（ご家族が送迎される場合等）は、片道につき501円（利用者負担額: 1割51円、2割101円、3割151円）減額されます。

※　感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が生じ、当該月の利用者数の実績が当該月の前年度における月平均の利用者数よりも5／100以上減少している場合に指定介護予防認知症対応型通所介護を行った場合は、利用者数が減少した月の翌々月から3月以内に限り、1回につき所定単位数の3／100に相当する単位数が加算されます。

※　通院等乗降介助について、目的地が複数あり、居宅が始点又は終点となる場合には、その間の病院等から病院等への移送や、通所系サービス・短期入所系サービスの事業所から病院等への移送といった目的地間の移送に係る乗降介助を算定します。（同一事業所が行った場合に限ります。）なお、この場合、利用者宅と事業所間の送迎を行わない場合の減算を適用します。

※　虐待防止に向けての取り組みとして、高齢者虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催していない、高齢者虐待防止のための指針を整備していない、高齢者虐待防止のための年１回以上の研修を実施していない又は高齢者虐待防止措置を適正に実施するための担当者を置いていない事実が生じた場合は、上記金額の99/100となります。

※　業務継続に向けての取り組みとして、感染症若しくは災害のいずれか又は両方の業務継続計画が未策定の場合、かつ、当該業務継続計画に従い必要な措置が講じられていない場合、上記金額の99/100となります。（令和７年３月 31 日までの間、感染症の予防及びまん延の防止のための指針の非常災害に関する具体的計画の策定を行っている場合には、減算は適用しません。）

1. 加算料金

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 | 基本単位 | 利用料 | 利用者負担額 | 算定回数等 |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 要介護度による区分なし | 入浴介助加算（Ⅰ） | 40 | 421円 | 43円 | 85円 | 127円 | 1日につき |
| 入浴介助加算（Ⅱ） | 55 | 579円 | 58円 | 116円 | 174円 |
| 生活機能向上連携加算（Ⅰ） | 100 | 1,054円 | 106円 | 211円 | 317円 | １月につき（３月に１回を限度） |
| 生活機能向上連携加算（Ⅱ） | 200 | 2,108円 | 211円 | 422円 | 633円 | １月につき |
| 個別機能訓練加算（Ⅰ） | 27 | 287円 | 29円 | 58円 | 87円 | １日につき |
| 個別機能訓練加算（Ⅱ） | 20 | 210円 | 21円 | 42円 | 63円 | １月につき |
| ADL維持等加算（Ⅰ） | 30 | 316円 | 32円 | 64円 | 95円 | １月につき |
| ADL維持等加算（Ⅱ） | 60 | 632円 | 64円 | 127円 | 190円 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 60 | 632円 | 64円 | 127円 | 190円 | １日につき |
| 栄養アセスメント加算 | 50 | 527円 | 53円 | 106円 | 159円 | １月につき |
| 栄養改善加算 | 200 | 2,108円 | 211円 | 422円 | 633円 | 3月以内の期間に限り1月に2回を限度、1回につき |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅰ） | 20 | 210円 | 21円 | 42円 | 63円 | １回につき |
| 口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ） | 5 | 52円 | 6円 | 11円 | 16円 |
| 口腔機能向上加算（Ⅰ） | 150 | 1,581円 | 159円 | 317円 | 475円 | 3月以内の期間に限り1月に2回を限度、1回につき |
| 口腔機能向上加算（Ⅱ） | 160 | 1,686円 | 169円 | 338円 | 506円 |
| 科学的介護推進体制加算 | 40 | 421円 | 43円 | 85円 | 127円 | １月につき |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 22 | 231円 | 24円 | 47円 | 70円 | １回につき |
| サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 18 | 189円 | 19円 | 38円 | 57円 |
| サービス提供体制強化加算（Ⅲ） | 6 | 63円 | 7円 | 13円 | 19円 |
| 介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅴ１～14）【※各事業所で該当区分を記載してください】 | 所定単位数【※】の○/1000 | 左記の単位数×地域区分 | 左記の1割 | 左記の2割 | 左記の3割 | 基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数（所定単位数） |

* + 入浴介助加算は、入浴中の利用者の観察を含む介助を行う場合に算定します。
	+ 生活機能向上連携加算は、指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設の理学療法士等が当事業所を訪問し、当事業所の機能訓練指導員等と共同でアセスメント、利用者の状況等の評価及び個別機能訓練計画を作成し、これに基づいた機能訓練を提供した場合に算定します。また、計画の進捗状況は３月ごとに１回以上評価し、機能訓練の内容と個別機能訓練の進捗状況を利用者等に説明し、必要に応じて訓練の内容等を見直します。
	+ 個別機能訓練加算は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出た指定介護予防認知症対応型通所介護事業所の理学療法士等が多職種共同にて個別機能訓練計画を作成し、計画的に機能訓練を行っている場合に算定します。
	+ ADL維持等加算は、一定期間に当事業所を利用した者のうち、ADL（日常生活動作）の維持又は改善の度合いが一定の水準を超えた場合に算定します。
	+ 若年性認知症利用者受入加算は、受け入れた若年性認知症（40歳から64歳まで）の利用者ごとに個別に担当者を定め、特性やニーズに応じた指定介護予防認知症対応型通所介護を行った場合に算定します。認知症加算を算定している場合は、算定しません。
	+ 栄養アセスメント加算は、利用者に対して、管理栄養士が介護職員等と共同して栄養アセスメントを行った場合に算定します。ただし、栄養改善加算の算定に係る栄養改善サービスを受けている間及び当該栄養改善サービスが終了した日の属する月は算定しません。
	+ 栄養改善加算は、低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対して、個別的に栄養食事相談等の栄養管理を実施し、利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められた栄養改善サービスを行った場合に算定します。
	+ 口腔・栄養スクリーニング加算は、利用開始時及び利用中６月ごとに利用者の口腔の健康状態のスクリーニング又は栄養状態のスクリーニングを行った場合に算定します。なお、他の事業所で既に当該加算を算定している場合は、算定しません。
	+ 口腔機能向上加算は、口腔機能が低下又はそのおそれのある利用者に対して、多職種共同で口腔機能改善管理指導計画を作成の上、個別的に口腔清掃又は摂食・嚥下機能に関する訓練の指導若しくは実施により利用者の心身の状態の維持又は向上に資すると認められた口腔機能向上サービスを実施した場合に算定します。
	+ 科学的介護推進体制加算は、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、指定介護予防認知症対応型通所介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している場合に算定します。
	+ サービス提供体制強化加算は、当事業所が厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出し、利用者に対して通所介護を行った場合に算定します。
	+ 介護職員等処遇改善加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。
	+ 地域区分別の単価(４級地 10.66円)を含んでいます。
	+ (利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、｢領収書｣を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費等の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

（メモ）前記のうち、サービス内容に相違が無いように該当するサービス及び加算を記載するようにしてください。

４　その他の費用について

|  |  |
| --- | --- |
| ⑴　送迎費 | 利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、送迎に要する費用の実費を請求いたします。 |
| ⑵　キャンセル料 | サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。 |
| 24時間前までのご連絡の場合 | キャンセル料は不要です |
| 12時間前までにご連絡の場合 | １提供当たりの料金の〇〇％を請求いたします。 |
| 12時間前までにご連絡のない場合 | １提供当たりの料金の〇〇％を請求いたします。 |
| ※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。 |
| ⑶　食事の提供に要する費用 | ○○円（１食当たり　食材料費及び調理コスト）運営規程の定めに基づくもの |
| ⑷　おむつ代 | ○○円（１枚当たり）運営規程の定めに基づくもの |
| ⑸　日常生活費 | ○○円（内訳：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）運営規程の定めに基づくもの |

（メモ）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については、各事業者において決定する事項です。キャンセル料を請求しない場合には、この条項の記載は不要です。利用者からのキャンセル通知の時間帯区分は、利用者に配慮した時間帯設定として例示では「24時間」を目安時間として掲げています。その他の費用の額は、実費相当としてください。また日常生活費の取扱いについては、「通所介護等における日常生活に要する費用の取扱いについて　H12.3.30付け老企第54号」を参照した上で、運営規程にてその定めを行ってください。

５　利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

|  |  |
| --- | --- |
| ⑴　利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等 | ア　利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。イ　上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月〇日までに利用者宛てにお届け（郵送）します。 |
| ⑵　利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等 | ア　サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の△日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。(ア)事業者指定口座への振り込み(イ)利用者指定口座からの自動振替(ウ)現金支払いイ　お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いします。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。） |

* + 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から２月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

（メモ）⑵のアに記載する支払い方法はあくまで例示ですが、利用者の利便性に配慮し、支払い方法の選択が可能なよう、複数の支払方法を採用するようにしてください。

６　サービスの提供に当たって

1. サービスの提供に先立って、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）を確認させていただきます。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。
2. 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものです。
3. 利用者に係る介護予防支援事業者が作成した「介護予防サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、｢介護予防認知症対応型通所介護計画｣を作成します。なお、作成した「介護予防認知症対応型通所介護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認ください。
4. サービス提供は「介護予防認知症対応型通所介護計画｣に基づいて行います。なお、「介護予防認知症対応型通所介護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます
5. 介護予防認知症対応型通所介護従業者に対するサービスの提供に関する具体的な指示や命令は、全て当事業者が行いますが、実際の提供に当たっては、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行います。

７　虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

1. 虐待防止に関する責任者を選定しています。

|  |  |
| --- | --- |
| 虐待防止に関する責任者 | (職・氏名を記載する) |

1. 成年後見制度の利用を支援します。
2. 苦情解決体制を整備しています。
3. サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
4. 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話措置等を活用して行うことができるものとします。）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
5. 虐待防止のための指針を整備します。
6. 虐待を防止するための定期的な研修の実施を実施します。
7. ⑸から⑺に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置しています。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 | (職・氏名を記載する) |

８　身体的拘束等について

　　事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体的拘束等を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体的拘束等を無くしていくための取組を積極的に行います。

1. 緊急性･･････直ちに身体的拘束等を行わなければ、利用者本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
2. 非代替性････身体的拘束等以外に、利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
3. 一時性･･････利用者本人又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体的拘束等を解きます。

９　秘密の保持と個人情報の保護について

|  |  |
| --- | --- |
| ⑴　利用者及びその家族に関する秘密の保持について | ア　事業者は、利用者又は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」及び厚生労働省が策定した「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ダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。イ　事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。ウ　また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。エ　事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。 |
| ⑵　個人情報の保護について | ア　事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、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ません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。イ　事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるもののほか、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。ウ　事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。) |

10　緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者があらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 【家族等緊急連絡先】 | 氏　　名　　　　　　　　　　　　 続柄住　　所電 話 番 号携 帯 電 話勤　務　先 |
| 【主治医】 | 医療機関名氏 名電 話 番 号 |

（メモ）緊急時の対応方法に掲げる主治医や家族等の連絡先については、本重要事項説明書の内容を全て説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階（契約の締結の合意が行われたとき）で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

11　事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定介護予防認知症対応型通所介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡するともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定介護予防認知症対応型通所介護の提供又は送迎により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

|  |  |
| --- | --- |
| 【市町村（保険者）の窓口】寝屋川市　福祉部　高齢介護室 | 所 在 地　寝屋川市池田西町24番５号電話番号　072-838-0518(直通)ﾌｧｯｸｽ番号 072-838-0102(直通)受付時間　9：00～17：30(土日祝は休み) |
| 【居宅介護支援事業所の窓口】 | 事業所名所在地電話番号担当介護支援専門員 |

（メモ）事故発生時の対応方法に掲げる市町村、居宅介護支援事業者等の連絡先については、本重要事項説明書の内容を全て説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階（契約の締結の合意が行われたとき）で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険及び自動車保険（自賠責保険・任意保険）に加入しています。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 損害賠償責任保険 | 保険会社名 |  |
| 保険名 |  |
| 補償の概要 |  |
| 自動車保険 | 保険会社名 |  |
| 保険名 |  |
| 補償の概要 |  |

12　心身の状況の把握

指定介護予防認知症対応型通所介護の提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めます。

13　居宅介護支援事業者等との連携

　⑴　居宅介護支援事業者等と密接な連携を行い、指定介護予防認知症対応型通所介護の提供の開始から終了後に至るまで利用者が継続して保健医療サービス又は福祉サービスを提供できるよう必要な援助に努めます。

　⑵　サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「介護予防認知症対応型通所介護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。

　⑶　サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

14　サービス提供の記録

　⑴　指定介護予防認知症対応型通所介護を提供した際には、提供した具体的なサービス内容等を記録することとし、その記録は完結した日から５年間保存します。

　⑵　利用者は、事業者に対して、事業者が保存しているサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

15　非常災害対策

　⑴　事業所に災害対策に関する担当者（防火管理者）を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。

災害対策に関する担当者（防火管理者）職・氏名：（　　　　　　　　　　　　）

　⑵　非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知します。

　⑶　定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

　避難訓練実施時期：（毎年２回　　　月・　　　月）

16　衛生管理等

　⑴　指定介護予防認知症対応型通所介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。

　⑵　指定介護予防認知症対応型通所介護事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講じます。

　⑶　食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。

⑷　事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。

　　ア　事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を概ね６月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

イ　事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備しています。

ウ　事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

17　業務継続計画の策定等について

⑴　感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

⑵　従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

⑶　定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

18　地域との連携について

　⑴　運営に当たっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。

　⑵　指定介護予防認知症対応型通所介護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、本事業所が所在する圏域の地域包括支援センターの職員、介護予防認知症対応型通所介護について知見を有する者等により構成される協議会（以下、この項において「運営推進会議」と言います。）を設置し、おおむね６月に１回以上運営推進会議を開催します。

　⑶　運営推進会議に活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言等を聴く機会を設けます。また、報告・評価・要望・助言等についての記録を作成し、公表します

19　指定介護予防認知症対応型通所介護サービス内容の見積りについて

* このサービス内容の見積りは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。
1. 提供予定の指定介護予防認知症対応型通所介護の内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 曜日 | 提　供時間帯 | サービス内容 | 介護保険適用の有無 | 利用料 | 利用者負担額 |
| 個別機能訓練（Ⅰ） | 栄養改善 | 口腔機能向上 | 送迎 | 食事提供 | 入浴 |
| 月・木 | 10:00～17:00 | ○ |  |  | ○ | ○保険適用外 | ○ | ○ | ○○○円 | ○○円 |
| １週当たりの利用料、利用者負担額（見積り）合計額 | ○○○円 | ○○円 |

1. その他の費用

|  |  |
| --- | --- |
| ① 送迎費の有無 | （有・無の別を記載）サービス提供1回当たり…（金額） |
| ② キャンセル料 | 重要事項説明書４－⑵記載のとおりです。 |
| ③ 食事の提供に要する費用 | 重要事項説明書４－⑶記載のとおりです。 |
| ④ おむつ代 | 重要事項説明書４－⑷記載のとおりです。 |
| ⑤ 日常生活費 | 重要事項説明書４－⑸記載のとおりです。 |

1. １か月当たりのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

|  |  |
| --- | --- |
| お支払い額の目安 | （目安金額の記載） |

* + ここに記載した金額は、この見積りによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

なお、サービス内容の見積りについては、確認ができれば、別途料金表の活用も可能です。

* + この見積りの有効期限は、説明の日から１か月以内とします。

20　サービス提供に関する相談、苦情について

1. 苦情処理の体制及び手順

　　ア　提供した指定介護予防認知症対応型通所介護に係る利用者及びその家族からの相談並びに苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

　　イ　相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制並びに手順は以下のとおりとします。

* + -
		-

指定申請時に提出された「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」に基づき記載してください。

1. 苦情申立の窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 【事業者の窓口】（事業者の担当部署・窓口の名称） | 所 在 地電話番号ﾌｧｯｸｽ番号受付時間 |
| 【市町村（保険者）の窓口】　　寝屋川市　福祉部　高齢介護室 | 所 在 地　寝屋川市池田西町24番５号電話番号　072-838-0518(直通)ﾌｧｯｸｽ番号 072-838-0102(直通)受付時間　9：00～17：30(土日祝は休み) |
| 【公的団体の窓口】大阪府国民健康保険団体連合会 | 所 在 地　大阪市中央区常盤町1丁目３－８電話番号　06-6949-5418受付時間　9:00～17:00（土日祝は休み） |

(メモ)利用者が寝屋川市以外の被保険者の場合、当該保険者の窓口を記載してください。

21　提供するサービスの第三者評価の実施状況

|  |  |
| --- | --- |
| 実施の有無 |  |
| 実施した直近の年月日 |  |
| 実施した評価の期間 |  |
| 評価結果の開示状況 |  |

22　重要事項説明の年月日

|  |  |
| --- | --- |
| この重要事項説明書の説明年月日 | 年　　　月　　　日 |

上記内容について、「寝屋川市指定居宅サービス事業者等の指定並びに指定居宅サービス等の事業等の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例（平成30年寝屋川市条例第55号）」の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者 | 所在地 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  |
| 事業所名 |  |
| 説明者氏名 |  |

　上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理人 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

(メモ)　書面で説明・同意等を行うものについて、原則として、電磁的な対応が認められることになりましたので、押印欄が削除されています。

（メモ）

　　この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には利用者及び事業者の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者及び事業者の双方が署名又は記名（必要に応じて押印）を行います。

　　サービス提供を行うに際しては、介護保険の給付を受ける利用者本人の意思に基づくものでなければならないことは言うまでもありません。したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつ、サービス提供契約を締結することは、利用者の意思に基づき本人が行うことが原則です。しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力（行為能力）が十分でない場合は、代理人（法定代理人・任意代理人）を選任し、これを行うことができます。

　　なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解し得る立場の者（例えば同居親族や近縁の親族など）であることが望ましいものと考えます。

　　また、手指の障害などで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。

（例）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　所 | 大阪府○○市△△町１丁目１番１号 |
| 氏　名 | 寝　屋　川　　太　郎　 |

　　　　　　　　　　　　上記署名は、本町　花子（子）が代行しました。