重要事項説明書

（予防専門型通所サービス）

**（メモ）このモデル重要事項説明書は、あくまでモデルとして示すものです。**

**事業者の実態に応じ、事業者の責任において作成してください。**

**メモは注意事項です。作成時は必ず削除してください。**

|  |
| --- |
| この重要事項説明書は、「西宮市指定予防専門型訪問サービス及び指定予防専門型通所サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定予防専門型訪問サービス及び指定予防専門型通所サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める要綱」の規定に基づき、指定予防専門型通所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　指定予防専門型通所サービスを提供する事業者について

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名称 | （法人格及び法人の名称） |
| 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 | （法人登記簿記載の法人設立年月日） |

２　利用者に対して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  事業者番号 | 西宮市指定　（指定事業者番号） |
| 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 | （運営規程記載の市名等を記載） |
| 事業所開設日 | （西宮市指定通知書に記載の指定年月日） |
| 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） |

1. 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） |

1. 事業所の職員体制

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者 | （職名）（氏名） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職 | 主　な　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予防専門型通所サービス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. 利用者へ予防専門型通所サービス計画を交付します。 5. 指定予防専門型通所サービスの実施状況の把握及び予防専門型通所サービス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、予防専門型通所サービス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. 予防専門型通所サービス計画に基づき、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. 予防専門型通所サービス計画に基づき、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 |

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 |
| 予防専門型通所サービス計画の作成等 | | 1. 利用者に係る地域包括支援センター等が作成した介護予防サービス計画又は介護予防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予防専門型通所サービス計画を作成します。 2. 予防専門型通所サービス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。また、計画を作成した際は、利用者に交付します。 3. 指定予防専門型通所サービスの提供に当たっては、利用者またはその家族に対し、サービスの提供方法について、理解しやすいように説明します。   4　指定予防専門型通所サービスの事業者は、計画に基づくサービスの提供の開始から、少なくとも1月に1回は、利用者の状況やサービスの提供状況について、介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランを作成した地域包括支援センター等に報告します。  5　予防専門型通所サービス計画に基づくサービスの提供の開始時から、当該予防専門型通所サービス計画に記載したサービスの提供を行う期間が終了するまでに、少なくとも１回は、当該予防専門型通所サービス計画の実施状況の把握（「モニタリング」という。）を行います。  6　上記のモニタリングの結果を踏まえ、必要に応じて予防専門型通所サービス計画の変更を行います。 |
| 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。 |
| 特別なサービス  （加算）  ※利用者に対するアセスメントの結果、必要と認められる場合に提供します。 | 栄養アセスメント | 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います。 |
| 栄養改善  注）2 | 低栄養状態又はそのおそれのある利用者に対し、管理栄養士が看護職員、介護職員等と共同して栄養ケア計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。（原則として利用開始から3か月以内まで） |
| 口腔機能向上  注）3 | 口腔機能の低下している又はそのおそれのある利用者に対し、歯科衛生士等が口腔機能改善のための計画を作成し、これに基づく適切なサービスの実施、定期的な評価等を行います。（原則として利用開始から3か月以内まで） |
| 一体的サービス提供加算 | 生活機能の向上に資する選択的サービス（栄養改善サービス及び口腔機能向上サービス）をいずれも実施した場合に算定します。 |
| 若年性認知症  利用者受入 | 若年性認知症（40歳から64歳まで）の利用者を対象に、その利用者の特性やニーズに応じたサービス提供を行います。 |
| 生活機能向上グループ活動 | 自立した日常生活を営むための共通の課題を有する利用者に対し、生活機能の向上を目的とした活動をグループで行います。 |
| 生活機能向上連携 | 指定訪問リハビリテーション事業所等との連携により、利用者の身体の状況等の評価を行い、個別機能訓練計画を作成します。 |
| 口腔・栄養スクリーニング | 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又は栄養状態のスクリーニングを行います。 |

注）1　実施期間終了後に、地域包括支援センター等によるケアマネジメントの結果、サービス提供の継続が必要であると判断される場合は、引き続きサービスを受けることができます。

注）2　利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、栄養改善の効果が期待できると認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

注）3　利用者の状態の評価の結果、継続的にサービス提供を行うことにより、口腔機能の向上の効果が期待できると認められる場合は、引き続きサービスを受けることができます。

1. 予防専門型通所サービス従業者の禁止行為

予防専門型通所サービス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。

1. 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。）
2. 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
3. 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
4. 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。なお、身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。）
5. その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

（3）サービス提供の手順

利用者の申込み

○　サービス提供に当たっては、地域包括支援センター等、主治医等と連携します。

　 ↓

被保険者証の確認

　 ↓

　　重要事項説明書による説明・同意

　 ↓

　　契約の締結

　 ↓

病状、心身状況の把握

　 ↓

　　面談・予防専門型通所サービス計画の作成

　 ↓

　　サービスの提供

　 ↓

　　サービス提供の記録の整備　　関係者との連携、事故発生時の対応、苦情対応等

　 ↓

　　利用料の受領、領収証等の発行

　 ↓

終　　　了

（4）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  提供区分 | 予防専門型通所サービス費(要支援１・事業対象者) | | 予防専門型通所サービス費(要支援２) | |
| 利用料 | 利用者負担額 | 利用料 | 利用者負担額 |
| 通常の場合  (月ごとの定額制) | １９，２０２円／月 | １，９２１円／月 | ３８，６７２円／月 | ３，８６８円／月 |

※　表中の金額は利用者負担が1割の場合の金額となります。利用者負担割合は介護保険負担割合証に記載された割合となります。

※　利用者の体調不良や状態の改善等により予防専門型通所サービス計画に定めたサービス提供回数よりも利用が少なかった場合、又は予防専門型通所サービス計画に定めたサービス提供回数よりも多かった場合であっても、日割り計算は行いません。

※　主に以下に該当する場合は、月ごとの定額制ではなく日割りで利用料を計算します。

* + 1. 月途中に要介護から要支援に変更になった場合
    2. 月途中に要支援から要介護に変更になった場合
    3. 月途中に事業対象者から要支援（要介護）に変更になった場合
    4. 同一市町村内で事業所を変更した場合
    5. 月途中に契約を開始（解除）した場合　　　　　　　　　　　　　など

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **加算** | 利用料 | | | 利用者  負担額 | 算定回数等等 |
| 要支援度等による区分なし | 栄養アセスメント加算 | 534円 | | | 54円 | 1月に1回 |
| 栄養改善加算 | 2,136 円 | | | 214円 | 1月に1回 |
| 口腔機能向上加算 | （Ⅰ）1,602円  （Ⅱ）1,708円 | | | 161円  171円 | 1月に1回 |
| 一体的サービス提供加算 | 5,126円 | | | 513円 | 1月に1回 |
| 生活機能向上グループ活動加算 | 1,068円 | | | 107円 | 1月に1回 |
| 若年性認知症利用者受入加算 | 2,563円 | | | 257円 | 1月に1回 |
| 生活機能向上連携加算 | （Ⅰ）1,068円  （Ⅱ）2,136円 | | | 107円  214円 | (Ⅰ)3月に1回  (Ⅱ)1月に1回 |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | （Ⅰ）213円  (Ⅱ)　53円 | | | 22円  6円 | 6月に1回 |
| 科学的介護推進体制加算 | 427円 | | | 43円 | 1月に1回 |
| 介護職員等処遇改善加算 | （Ⅰ） 所定単位数の92/1000  （Ⅱ） 所定単位数の90/1000  （Ⅲ） 所定単位数の80/1000  （Ⅳ） 所定単位数の64/1000 | | | 左記の１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）に処遇改善加算率を乗じた単位数を算定 |
| 介護職員等処遇改善加算 | （Ⅴ１）所定単位数の81/1000  （Ⅴ２）所定単位数の76/1000  （Ⅴ３）所定単位数の79/1000  （Ⅴ４）所定単位数の74/1000  （Ⅴ５）所定単位数の65/1000  （Ⅴ６）所定単位数の63/1000  （Ⅴ７）所定単位数の56/1000  （Ⅴ８）所定単位数の69/1000  （Ⅴ９）所定単位数の54/1000  （Ⅴ10）所定単位数の45/1000  （Ⅴ11）所定単位数の53/1000  （Ⅴ12）所定単位数の43/1000  （Ⅴ13）所定単位数の44/1000  （Ⅴ14）所定単位数の33/1000 | | | 左記の１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）に処遇改善加算率を乗じた単位数を算定  ※令和７年３月31日まで |
| 区分あり | サービス提供体制強化加算 | Ⅰ | 要支援１・事業対象者  要支援２ | 939円  1,879円 | 94円  188円 | 1月に1回 |
| Ⅱ | 要支援１・事業対象者  要支援２ | 768円  1,537円 | 77円  154円 |
| Ⅲ | 要支援１・事業対象者  要支援２ | 256円  512円 | 26円  52円 |

* + 表中の金額は利用者負担が1割の場合の金額となります。利用者負担割合は介護保険負担割合証に記載された割合となります。
  + 月平均の利用者の数が当事業所の定員を上回った場合及び予防専門型通所サービス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（又は翌々月）の利用料及び利用者負担額は、70／100となります。
  + 事業所と同一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月につき利用料が要支援１・事業対象者は4,015円(利用者負担が1割の場合402円)、要支援２は8,031円(利用者負担が1割の場合804円)減額されます。「同一建物」とは、指定予防専門型通所サービス事業所と構造上又は外形上、一体的な建物をいいます。
  + 居宅と事業所との間の送迎を行わない場合は、片道につき501円（利用者負担が1割の場合51円）減算されます。
  + 介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。
  + （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第1号事業支給費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

**（メモ）**

**各加算については、体制を敷いている事業所として該当する加算を記載してください。**

４　その他の費用について

|  |  |
| --- | --- |
| ① 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、送迎費を請求いたします。 |
| ② 食事の提供に要する費用 | ○○円（1食当り　食材料費及び調理コスト）運営規程の定めに基づくもの |
| ③ おむつ代 | ○○円（1枚当り）運営規程の定めに基づくもの |
| ④ 日常生活費 | ○○円（内訳：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）運営規程の定めに基づくもの |

**（メモ）その他費用(利用者に負担を求める額)の設定については、事業者が個別に決定する事項ですので、該当のない項目にかかる条項は設定しないでください。**

**なお、その他費用の設定については、事業者において根拠となる規定の整備を行っておいてください。**

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

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 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 | 1. 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。 2. 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あてお届け（郵送）します。 |
| 1. 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 | 1. 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   1. 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。 |

* + 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30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）支払い方法については、あくまで例示です。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、複数の方法を採用するようにしてください。**

**また、「※」で例示したような取扱いを行う場合は、事業者において根拠となる規定の整備を行っておいてください。**

**（メモ）支払い方法については、あくまで例示です。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、複数の方法を採用するようにしてください。**

**また、「※」で例示したような取扱いを行う場合は、事業者において根拠となる規定の整備を行っておいてください。**

６　サービスの提供にあたって

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、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間、事業対象者の該当の有無及び事業対象者の有効期間）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. 利用者が要支援認定又は事業対象者の該当の有無の判断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、介護予防支援又は介護予防ケアマネジメント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、要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、又は事業対象者の該当の有無の判断が事業対象者の有効期間が終了する前にはなされるよう必要な援助を行うものとします。
3. 利用者に係る地域包括支援センター等が作成する「介護予防サービス計画（ケアプラン）又は介護予防ケアプラン」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、指定予防専門型通所サービスの目標、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｢予防専門型通所サービス計画｣を作成します。なお、作成した「予防専門型通所サービス計画」は、利用者又は家族にその内容を説明し、同意を得た上で交付いたしますので、ご確認いただくようお願いします
4. サービス提供は「予防専門型通所サービス計画｣に基づいて行ないます。なお、「予防専門型通所サービス計画」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. 予防専門型通所サービス従業者に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行います。実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行ないます。

７　秘密の保持と個人情報の保護について

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 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、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び個人情報保護委員会・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及び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。 |
| 1. 個人情報の保護について | ア　事業者は、利用者から予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、予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、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、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。) |

８　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、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 主治医名 | （主治医名） |
| 所属医療機関名 | （所属医療機関名） |
| 所在地 | （所在地） |
| 電話番号 | （電話番号） |
| 家族等連絡先 | （家族等連絡先） |

９　事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定予防専門型通所サービス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、利用者に係る地域包括支援センター等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定予防専門型通所サービスの提供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。なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

|  |  |
| --- | --- |
| 保険会社名 | （保険会社名） |
| 保険名 | （保険名） |
| 補償の概要 | （補償の概要） |

10　虐待防止のための取り組みについて

　　事業者は、利用者様等への人権の擁護、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ています。

(1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果については通所介護従業者等に周知します。

(2) 虐待の防止のための指針を整備しています。

(3) 通所介護従業者等に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施しています。

(4) 前３号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を定めています。

11 サービス提供の記録

1. 指定予防専門型通所サービスの実施ごとに、そのサービスの提供日、内容及び利用料等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。
2. 利用者の予防専門型通所サービスの実施状況等に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。
3. 利用者及びその家族は、事業者に対して保存され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。ただし、この閲覧及び複写物の交付は、事業者の業務に支障のない時間に行うこととします。

12　指定予防専門型通所サービスサービス内容の見積もりについて

* このサービス内容の見積もりは、あなたの介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランに沿って、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. 提供予定の指定予防専門型通所サービスの内容と利用料、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（月額） | 利用者負担額  （月額） |
| 生活  機能  向上 | 栄養  改善 | 口腔  機能  向上 | 送迎 | 食事  提供 | 入浴 |
|  |  |  |  |  |  | 保険適用外 |  |  | 円 | 円 |

1. その他の費用

|  |  |
| --- | --- |
| ① 送迎費の有無 | （有・無）　サービス提供1回当り…（　　　円） |
| ② 食事の提供に要する費用 | 重要事項説明書４－②記載のとおりです。 |
| ③ おむつ代 | 重要事項説明書４－③記載のとおりです。 |
| ④ 日常生活費 | 重要事項説明書４－④記載のとおりです。 |

1. １か月当りのお支払い額（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 | 約　　　　 円 |

* + ここに記載した金額は、この見積も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。
  + この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

13　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
   1. 提供した指定予防専門型通所サービスに係る利用者及びその家族からの相談及び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）
   2. 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とします。

（**メモ）指定申請時に提出された「利用者からの苦情を解決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・担当者氏名） | (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】  西宮市役所　法人指導課 | (所 在 地)兵庫県西宮市六湛寺町10-3  (電話番号)0798-35-3082  (ﾌｧｯｸｽ番号)0798-34-5465  (受付時間)午前9時～午後5時30分 |

14　重要事項説明書の内容変更について

　重要事項説明書の内容に変更が生じた場合は、郵送あるいは口頭での説明によって、利用者に変更内容を通知したうえで、当該変更内容について利用者に同意確認を行います。

15　第三者評価の実施状況

実施の有無・直近の実施年月日・実施した評価機関の名称・評価結果の開示状況について記載してください

16　重要事項説明の年月日

上記内容について、西宮市指定予防専門型訪問サービス及び指定予防専門型通所サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定予防専門型訪問サービス及び指定予防専門型通所サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める要綱の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

|  |  |
| --- | --- |
| 重要事項説明書の説明年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 重要事項を説明した場所 |  |

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

事業者から上記内容の説明を確かに受けました。

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