**七飯町介護予防・日常生活支援総合事業**

**生活援助サービス 重要事項説明書 （例）**

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　○○○○○ |
| 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．事業所の概要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ご利用事業所の名称 | ヘルパーステーション○○○ | |
| サービスの種類 | 総合事業生活援助サービス | |
| 事業所の所在地 | 〒000-0000　○○○○○ | |
| 電話番号 | ○○○－○○○－○○○○ | |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成○○年○○月○○日指定 | ００００００００００ |
| 管理者の氏名 | ○○ ○○ | |
| 事業の実施地域 | 七飯町 | |

**３．事業の目的と運営の方針**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 利用者が要支援状態等の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、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り、安心して日常生活を過ごすことができるようにサービス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**

総合事業生活援助サービスは、必ずしも専門的なサービスを必要としない方への生活援助（掃除・洗濯・調理等）を行うサービスです。

主なサービスは以下のとおりです。

|  |
| --- |
| * サービス提供時間は１時間以内となります   ◯ 日常的に使用している箇所の掃除  ◯ 食事制限がない方の食事の準備や調理  ◯ ゴミの分別やゴミ出し  ◯ 生活必需品の買い物代行  ◯ 衣類の洗濯や補修  ◯ 薬の受け取り　　等 |

**５．営業日時**

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 |  |
| 営業時間 |  |

**６．事業所の職員体制**

|  |  |
| --- | --- |
| 従業者の職種 | 勤務の形態・人数 |
| 介護福祉士 | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| 介護職員初任者研修等修了者 | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| 町実施の研修修了者 | 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責任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。

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問事業責任者の氏名 | ○○ ○○ |

**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」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、**原則として負担割合証に応じた基本利用料の１割又は２割の額**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）総合事業生活援助サービスの利用料**

【基本部分】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **サービス利用**  **１回につき** | ２，２５０円 | **利用者負担(1割)** | **利用者負担(2割)** |
| **２２５円** | **４５０円** |

【利用回数】

|  |  |
| --- | --- |
| 事業対象者  要支援１ | 月１０回まで |
| 要支援２ | 月１４回まで |

【加算】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 加算の種類 | 基本利用料**（１回につき）** | 加算額 | |
| **利用者負担**  **(１割)** | **利用者負担**  **(２割)** |
| 初回加算 | ２，０００円**（１月につき）** | **２００円** | **４００円** |
| 介護職員処遇改善  加算(Ⅰ) ※ | １９０円 | **１９円** | **３８円** |
| 介護職員処遇改善  加算(Ⅱ) ※ | １００円 | **１０円** | **２０円** |
| 介護職員処遇改善  加算(Ⅲ) ※ | ９０円 | **９円** | **１８円** |
| 介護職員処遇改善  加算(Ⅳ) ※ | ８０円 | **８円** | **１６円** |
| 介護職員処遇改善加算  (Ⅰ)(初回加算分) ※ | １７０円 | **１７円** | **３４円** |
| 介護職員処遇改善加算  (Ⅱ)(初回加算分) ※ | １００円 | **１０円** | **２０円** |
| 介護職員処遇改善加算  (Ⅲ)(初回加算分) ※ | ９０円 | **９円** | **１８円** |
| 介護職員処遇改善加算  (Ⅳ)(初回加算分) ※ | ８０円 | **８円** | **１６円** |

（注１）※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

**（２）キャンセル料**

　利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

|  |  |
| --- | --- |
| キャンセルの時期 | キャンセル料 |
| 利用予定日の前日 | 利用者負担金の○○％の額 |
| 利用予定日の当日 | 利用者負担金の○○％の額 |

　（注）利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

**（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 |
| 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七飯町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 | 七飯町役場民生部福祉課介護保険係 | 電話番号 |
| 北海道国民健康保険団体連合会 | 電話番号 |

**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）サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

　　① 医療行為及び医療補助行為

　　② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い

　　③ 他の家族の方に対する食事の準備 など

（２）訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

（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。

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。

　平成 　 年 月 日

事　業　者　　所在地

事業者（法人）名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　印

説明者職・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。

　平成 　 年 月 日

　　　　　　 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