**七飯町介護予防・日常生活支援総合事業**

**訪問介護サービス 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 | 総合事業訪問介護サービス | |
| 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 | ○○ ○○ | |
| 通常の事業の実施地域 | 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**

総合事業訪問介護サービスは、身体介護（入浴・外出時の見守り等）や専門的サービスを必要とする方への生活援助（掃除・洗濯・調理等）を行うサービスです。

　主なサービス内容は下記のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| 身体介護 | ◯ 入浴、排せつ、衣類の脱着等の日常生活動作に関する身体介護  ◯ 自立生活支援のための見守り支援  　 ・利用者と一緒に手助けをしながら行う調理  　 ・入浴時の見守り（必要に応じて行う介助）  　 ・外出時の見守り（転倒しないように傍につき、必要時介助を行う）  　 ・利用者と洗濯物を一緒に干す等、転倒等の事故が起きないよう一緒  に家事を行う |
| 生活援助 | ◯ 疾患等によりカロリー制限などの配慮を必要とする方に対する食事の準備や調理  ◯ 体調に変動がある方、転倒の危険が高い方、判断力の低下が見られてきている方等、専門職による生活状況や身体状況の把握が必要な方への生活援助　　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 |

**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。

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供責任者の氏名 | ○○ ○○ |

**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. **総合事業訪問介護サービスの利用料**

**【基本部分】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス名称 | サービスの内容 | 基本利用料 | **利用者負担**  **(１割)** | **利用者負担**  **(２割)** |
| 訪問型  サービス費Ⅰ  （１月につき） | 事業対象者、要支援１・２の方が週１回程度のサービスを利用。 | １１,６８０円／月 | **１，１６８円** | **２，３３６円** |
| 訪問型  サービス費Ⅱ  （１月につき） | 事業対象者、要支援１・２の方が週２回程度のサービスを利用。 | ２３,３５０円／月 | **２，３３５円** | **４，６７０円** |
| 訪問型  サービス費Ⅲ  （１月につき） | 要支援２の方が週２回を超える程度のサービスを利用。 | ３７,０４０円／月 | **３，７０４円** | **７，４０８円** |
| 総合事業訪問介護サービスと生活援助サービスを組み合わせて利用した場合の料金 | | | | |
| 訪問型  サービス費Ⅳ  **（１回につき）** | 事業対象者、要支援１・２の方が月の中で訪問介護サービスを４回まで利用した場合。 | ２,６６０円／回 | **２６６円** | **５３２円** |
| 訪問型  サービス費Ⅴ  **（１回につき）** | 事業対象者、要支援１・２の方が月の中で訪問介護サービスを５回から８回まで利用した場合。 | ２,７００円／回 | **２７０円** | **５４０円** |
| 訪問型  サービス費Ⅵ  **（１回につき）** | 要支援２の方が月の中で訪問介護サービスを９回から１２回まで利用した場合。 | ２,８５０円／回 | **２８５円** | **５７０円** |

　上記の基本利用料が改定された場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

**【加算】**　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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 加算の種類 | 加算の要件 | 加算額 | | |
| 基本利用料 | **利用者負担**  **(１割)** | **利用者負担**  **(２割)** |
| 初回加算 | 新規の利用者へサービス提供した場合 | ２，０００円 | **２００円** | **４００円** |
| 生活機能向上  連携加算  （１月につき） | サービス提供責任者が介護予防訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等に同行し、共同して利用者の心身の状況等を評価した上、生活機能向上を目的とした介護予防訪問介護計画を作成し、サービス提供した場合 | １，０００円 | **１００円** | **２００円** |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅰ)　※ | 介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合 | 所定単位数の８６/１０００を加算 | | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅱ)　※ | 所定単位数の４８/１０００を加算 | | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅲ)　※ | Ⅱで算定した単位数の９０％を加算 | | |
| 介護職員処遇改善加算(Ⅳ)　※ | Ⅱで算定した単位数の８０％を加算 | | |

（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）及び（２）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