**この重要事項説明書は記載例です。**

**内容は事業所の目的や実施内容に応じて変更してください。また、重要事項説明書の記載内容の責任は、事業所にありますのでご留意ください。**

**（記載例）**

第１号訪問事業（訪問型サービスＡ）　重要事項説明書

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

|  |  |
| --- | --- |
| ご利用事業所の名称 | 株式会社　○○○ |
| 主たる事業所の所在地 | 〒000-0000 高岡市○○○町○○ |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役 ○○ ○○ |
| 設立年月日 | 昭和○○年○○月○○日 |
| 電話番号 | ○○○○－○○－○○○○ |

２．ご利用事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 訪問型サービスＡ（緩和した基準によるサービス） |
| 事業所の所在地 | 〒000-0000 高岡市○○○町○○ |
| 電話番号 | ○○○－○○○－○○○○ |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成○○年○○月○○日指定  | ○○○○○○○○ |
| 通常の事業の実施地域 | 高岡市 |

３．事業の目的と運営の方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 要介護又は要支援状態にある利用者が、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るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを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、利用者の要介護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

訪問型サービスは、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、家事を行うことが困難な利用者に対して、調理、洗濯や掃除等の家事の援助を行います。

５．営業日時

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | 月曜日から金曜日までただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日 から1月3日）及びお盆（8月13日から8月15日）を除きます。 |
| 営業時間 | 午前９時から午後６時まで |

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課程 修了者 | 常勤　○人、　非常勤　○人 |

７．事業所の管理者

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、原則として基本利用料の１割（一定以上の所得のある方は２割）の額です。ただし、介護保険給付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）訪問型サービス（緩和した基準によるサービス）

**記載例は、有資格者が提供した場合の報酬額です**

【基本部分】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 基本利用料 | 利用者負担（自己負担１割の場合） |
| 訪問型サービスＡ(Ⅰ) | １週間に１回程度の訪問型サービスが必要とされた場合 | 10,510円　 | 1,051円　 |
| 訪問型サービスＡ(Ⅱ) | １週間に２回程度の訪問型サービスが必要とされた場合 | 21,020円　 | 2,102円　 |
| 訪問型サービスＡ(Ⅲ) | １週間に３回程度以上の訪問型サービスが必要とされた場合 | 33,340円　 | 3,334円　 |

（注１）上記の基本利用料は、高岡市が定める金額であり、これが改定された場合は、これら 基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注２）上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご留意ください。

【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（概要） | 加算額 |
| 基本利用料 | 利用者負担金（自己負担１割の場合） |
| 初回加算 | 新規の利用者へサービス提供した場合 | 1,800円 | 180円 |
| 特別地域加算 ※ | 当事業所が特別地域に所在する場合 | 所定単位数の15％ |
| 中山間地域等における小規模事業所加算 ※ | 当事業所が中山間地域に所在し、１月あたりの実利用者数が５人以下の小規模事業所である場合 | 所定単位数の10％ |
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 ※ | 中山間地域において、通常の事業の実施地域以外に居住する利用者へサービス提供した場合 | 所定単位数の５％ |
| 介護職員処遇改善加算Ⅰ ※ | 当該加算の算定要件を満たす場合（加算Ⅰ～Ⅳのいずれか１つを算定する。） | 基本部分×8.6％ |
| 介護職員処遇改善加算Ⅱ ※ | 基本部分×4.8％ |
| 介護職員処遇改善加算Ⅲ ※ | 加算Ⅱの90％ |
| 介護職員処遇改善加算Ⅳ ※ | 加算Ⅱの80％**当該事業所で算定する加算のみ記載してください。** |

（注）※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。

【減算】以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 減算の種類 | 減算の要件 | 減算額 |
| 事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス提供減算 | 事業所と同一建物に 居住する利用者への サービス提供減算 当事業所と同一建物に居住する一定数以上 の利用者に対してサービス提供する場合 | 上記基本部分の90％ |

（４）キャンセル料

訪問型サービスは、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

（５）支払い方法

　上記（１）から（３）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 |
| 口座引き落とし | 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）に、事業者が指定する下記の口座より引き落とします。○○銀行　○○支店　普通口座　○○○○○○○ |
| 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（又は介護支援専門員）及び市町村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 | 苦情担当者受付時間電話番号 |

（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 | 高岡市高齢介護課　認定審査係 | 電話番号 |
| 富山県国民健康保険団体連合 | 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（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡く ださい。

平成 年 月 日

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。

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。

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

立 会 人　　 住 所

氏 名 印