介護予防・日常生活支援総合事業

第一号訪問事業（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当たり、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 | 社会福祉法人　○○会 |
| 主たる事業所の所在地 | 〒○○○‐○○○○射水市○○丁目○番○号 |
| 代表者（職名・氏名） | 理事長　○○　○○ |
| 設立年月日 | 平成○○年○○月○○日 |
| 電話番号 | ○○○○‐○○‐○○○○ |
| ファックス番号 | ○○○○‐○○‐○○○○ |
| ホームページアドレス | ｗｗｗ．○○．ｊｐ |

２　ご利用事業所の概要

|  |  |
| --- | --- |
| ご利用事業所の名称 | ○○介護サービス |
| 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 | 〒○○○‐○○○○射水市○○丁目○番○号 |
| 電話番号 | ○○○○‐○○‐○○○○ |
| ファックス番号 | ○○○○‐○○‐○○○○ |
| 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 | 射水市、○○市、○○町 |

３　事業の目的と運営方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 要支援状態等にある利用者が、可能な限りその居宅において、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、サービスを提供することを目的とします。 |
| 運営方針 | 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等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

　　訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、日常生活に必要な調理、洗濯、掃除等の家事を行います。

　　サービスの提供に当たっては、利用者ができることは利用者が行うことを基本とします。

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時までただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、２４時間対応可能な体制を整えるものとします。 |

６　従業者の職種、員数及び職務内容

事業所における従業者の職種、員数及び職務の内容は次のとおりです。

(1)　管理者　１名

事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者が遵守すべき事項について必要な指揮命令を行います。

(2)　訪問事業責任者　１名

ア　訪問型サービスＡの目標や具体的なサービス内容等を記載した個別サービス計画の作成を行い、利用の申込みに係る調整をします。

イ　利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握し、サービス担当者会議等への出席等地域包括支援センター等との連携を行います。

ウ　訪問事業従事者等に対し、具体的な援助目標及び援助内容を指示するとともに、利用者の状況についての情報を伝達し、業務の実施状況を把握します。

エ　訪問事業従事者等の能力や希望を踏まえた業務管理、研修、技術指導その他サービス内容の管理について必要な業務等を実施します。

(3)　訪問事業従事者等　常勤　○名、非常勤　○名

個別サービス計画等に基づき訪問型サービスＡの提供に当たります。

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。

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供の責任者の氏名（訪問事業責任者） | ○○　○○ |

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、２割または３割の額です。ただし、区分支給限度額（事業対象者の場合は１月につき５０，０３０円（事業対象者がサービスを集中的に利用することが必要と認められる場合は１月につき

１０４，７３０円）、要支援１認定者の場合は１月につき５０，０３０円、要支援２認定者の場合は１月につき１０４，７３０円）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。

（注）区分支給限度額は説明するべき事項の一つとして示しているものであり、区分支給限度額に至るまでサービスを利用することをすすめるものではありません。

(1)　訪問型サービスＡ（緩和した基準によるサービス）の利用料

　　①　基本部分　生活援助のみ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 基本利用料 | 利用者負担金 |
| １割の場合 | ２割の場合 | ３割の場合 |
| 訪問型サービスＡ費（Ⅰ） | ・事業対象者（１週に２回を超えるサービスが必要とされた者を除く）または要支援１認定者であって、１月の利用が８回以下の場合・事業対象者（１週に２回を超えるサービスが必要とされた者に限る）または要支援２認定者であって、１月の利用が１２回以下の場合 | 2,280円(1回につき) | 228円(1回につき) | 456円(1回につき) | 684円(1回につき) |
| 訪問型サービスＡ費（Ⅱ） | 事業対象者（１週に２回を超えるサービスが必要とされた者を除く）または要支援１認定者であって、１月の利用が９回以上の場合 | 20,520円(1月につき) | 2,052円(1月につき) | 4,104円(1月につき) | 6,156円(1月につき) |
| 訪問型サービスＡ費（Ⅲ） | 事業対象者（１週に２回を超えるサービスが必要とされた者に限る）または要支援２認定者であって、１月の利用が１３回以上の場合 | 29,640円(1月につき) | 2,964円(1月につき) | 5,928円(1月につき) | 8,892円(1月につき) |
| 訪問型サービスＡ費（短時間サービス） | １回の利用が２０分未満の場合（１月につき２２回まで） | 1,320円(1回につき) | 132円(1回につき) | 264円(1回につき) | 396円(1回につき) |

　　②　基本部分の減算　以下の要件を満たす場合は、上記の基本部分は下記のとおり算定します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 減算の種類 | 減算の要件 | 減算による算定額 |
| 同一建物減算 | 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％ |

　　③　加算　以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に下記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 | 利用者負担金 |
| １割の場合 | ２割の場合 | ３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 | 1,600円(1月につき) | 160円(1月につき) | 320円(1月につき) | 480円(1月につき) |
| 特別地域加算　※ | 当事業所が特別地域に所在する場合  | 上記基本部分の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  | 上記基本部分の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  | 上記基本部分の５％ |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅰ）　※ | 当該加算の要件を満たす場合 | 上記基本部分の１３．７％ |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅱ）　※ | 上記基本部分の１０．０％ |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）　※ | 上記基本部分の５．５％ |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅳ）　※ | 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）の９０％ |
| 介護職員処遇改善加算（Ⅴ）　※ | 介護職員処遇改善加算（Ⅲ）の８０％ |

（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。

(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、利用者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。また、月包括単位で算定する場合は、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か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。

|  |  |
| --- | --- |
| 支払方法 | 支払要件等 |
| 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、あなたが指定する下記の口座から引き落とします。○○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 | 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射水市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

１１　損害賠償

(1)　サービスの提供にあたり、利用者又は利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者又は利用者の家族に対して損害を賠償します。ただし、当該損害について事業者の責任を問えない場合はこの限りではありません。

(2)　前項の義務履行を確保するため、事業者は損害賠償保険に加入します。

　　　　損害賠償保険名：○○保険

(3)　利用者又は利用者の家族に重大な過失がある場合、賠償額を減額することができます。

１２　守秘義務

(1)　事業者及び事業者の従業者は、サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。

(2)　事業者は、事業者の従業員が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。

(3)　事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、介護保険法第１１５条の４５の７第１項に基づくもののほか、利用者のケアプラン立案のためのサービス担当者会議並びに地域包括支援センター、他の第一号事業の実施者及び介護予防サービス事業者等との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。

(4)　(1)にかかわらず、事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成１７年法律１２４号）に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

１３　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 | 射水市地域福祉課　地域ケア推進係 | 電話番号　０７６６－５１－６６２５FAX番号　０７６６－５１－６６５７ |
| 富山県国民健康保険団体連合会介護保険課 介護保険係 苦情相談窓口 | 電話番号　０７６－４３１－９８３３FAX番号　０７６－４３１－９８５０ |

　　(3)　事業者は、提供したサービスについて、利用者又は利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速かつ適切に対処し、サービスの向上及び改善に努めます。

　　(4)　事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

１４　サービス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)　体調や容体の急変等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。

　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