**介護予防・日常生活支援総合事業**

**第１号訪問事業（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**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者（法人）の名称 | 株式会社 ○○○○ |
| 主たる事務所の所在地 | 〒000-0000　○○市○○○○○ |
| 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．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 | 第１号訪問事業（サービスＡ） | |
| 事業所の所在地 | 〒000-0000　五條市○○○○○ | |
| 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 | 五條市 | |

**３．事業の目的と運営の方針**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 要支援状態や事業対象者にある利用者が、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、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った訪問型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**

第１号訪問事業（サービスＡ）は、訪問介護員や市で指定した研修会を受講した者が利用者のお宅を訪問し、調理、掃除、洗濯やその一部介助、ゴミ分別やゴミ出し、買物代行など、生活援助中心型のサービス（身体介護や入浴介助は含まない）とする。

　＊サービス提供時間は、1回　45分以上とする。

**５．営業日時**

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | ○曜日から○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○時から午後○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．事業所の職員体制**

|  |  |
| --- | --- |
| 従業者の職種 | 勤務の形態・人数 |
| 従事者 | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| うち訪問事業責任者 | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| うち訪問介護員 | 常勤　○人、　　非常勤　○人 |
| うち市が定める研修会の修了者 | 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 | ○○ ○○ |
| 管理責任者の氏名 | ○○ ○○ |

**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」及びあなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、以下のとおりです。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）第1号訪問事業・訪問型サービスＡの利用料**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス内容 | 対象者 | **単位数** | 上限回数 |
| イ　訪問型サービスA　Ⅰ | 事業対象者・要支援１・２  （週1回程度） | ○○○ | 月５回まで |
| ロ　訪問型サービスA　Ⅱ | 事業対象者・要支援１・２  （週2回程度） | ○○○ | 月１０回まで |
| ハ　訪問型サービスA　Ⅲ | 事業対象者・要支援２  　　（週2回を超える程度） | ○○○ | 月１４回まで |
| 二　中山間地域加算（独自） | 五條市で定める指定地域に居住する者へのサービス提供加算 | ○○○ |  |

＊　イからハまでについて、事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合は、所定単位数に90/100を乗じる。

＊　二の五條市で定める指定地域とは、西吉野町、大塔町、大深町、樫辻町、湯谷市塚町及び阪合部新田町とする。

＊　二は、支給限度額管理の対象外とする。

＊　現行相当訪問介護事業費の　ト　訪問型サービスⅦ　との併用は可能とする。ただし、　現行相当訪問介護事業費の包括単価（月単位）以下とする。

**（２）支払い方法**

　上記（１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、あなた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及び五條市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 | 五條市あんしん福祉部介護福祉課 | 電話番号　０７４７－２２－４００１ |
| 奈良県国民健康保険団体連合会 | 電話番号　０１２０－２１－６８９９ |

**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。

　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

代表者氏名　　　　　　　　　　　　印

説明者氏名　　　　　　　　　　　　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。

また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

　　　　　　 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