第１号訪問事業（訪問型サービスＣ）

契約書別紙（兼重要事項説明書） （東広島市例示）

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○○○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  | ○○○○○○ |
| サービスの種類  | 第１号訪問事業 （訪問型サービスＣ） |
| 事業所の所在地  | 〒000-0000　東広島市○○○町○○  |
| 電話番号  | ○○○－○○○－○○○○  |
| 管理者の氏名 | ○○　○○ |
| 通常の事業の実施地域  | 東広島市 （○○町を除く） |

３．事業の目的と運営の方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 保健・医療専門職が、利用者の居宅を訪問して、その生活機能に関する問題を総合的に把握、評価し、心身の状況、その置かれている環境等に応じて適切な相談・指導等を実施します。サービス終了後も自ら介護予防の取り組みを継続し、地域で自立した日常生活を送ることができるよう支援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Ｃは、保健・医療専門職が利用者のお宅を訪問し、生活機能に関する問題を総合的に把握、評価し、自立へ向けた適切な相談・指導等を実施します。

支援は、地域包括支援センター等が作成する介護予防ケアマネジメントに基づき実施します。

主な支援内容、専門職種は次のとおりとなります。

|  |  |
| --- | --- |
| 支援内容 | 専門職種 |
| （1）ＩＡＤＬ、ＡＤＬ動作の改善日常生活動作の改善、住宅環境に関する指導、助言 | 理学療法士、作業療法士 |
| （2）閉じこもり予防生活習慣の改善、社会参加の促進等に関する指導、助言 | 保健師、看護師 |
| （3）口腔機能向上摂食、嚥下、口腔衛生等に関する指導、助言 | 言語聴覚士、歯科衛生士 |
| （4）栄養改善主に低栄養の改善、予防のための栄養改善に関する指導、助言 | 管理栄養士 |
| （5）その他日常生活支援、社会参加等に関するもので自立支援に効果的であると認められる内容 | 保健師、看護師等 |

５. サービスの利用期間、利用回数

　サービスの利用期間、利用回数は、地域包括支援センターが作成する介護予防ケアマネジメントにより決定されます。（３か月で、１２回までを１期間とします。）

６．事業所の職員体制（訪問型サービスＣに従事する職員）

|  |  |
| --- | --- |
| 従業者の職種 | 勤務の形態・人数 |
| ○○○○ | 常勤 ○人、 非常勤 ○人 |
| ○○○○ | 常勤 ○人、 非常勤 ○人 |

７．事業所の管理責任者

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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「利用料」の負担はありません。

（材料費が生じる場合は、自己負担になります。）

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市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 ○○○－○○○－○○○○FAX番号○○○－○○○－○○○○面接場所 当事業所の相談室受付時間　〇時〇〇分～〇時〇〇分 |

（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 | 東広島市地域包括ケア推進課包括ケア推進係 | 電話番号０８２－４２０－０９８４FAX番号０８２－４２６－３１１７受付時間　８時３０分～１７時１５分 |

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、職員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 訪問型サービスＣ以外の支援

②　医療行為及び医療補助行為

（２）職員は、現金、預金通帳、印鑑等は一切お預かりすることはできません。

（３）職員に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

（４）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の担当者へご連絡ください。

令和　　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。

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

本人との続柄

氏 名　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印