生活支援型訪問サービス（一体型）重要事項説明書

あなた（利用者）に対する生活支援型訪問サービス（一体型）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	ハッピーサポート合同会社
主たる事務所の所在地	〒460-0022 名古屋市中区金山2-8-10ドリームマンション金山401
代表者（職名・氏名）	代表社員　高野　道子
設立年月日	平成20年5月20日
電話番号	052－746-2301

2．ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ハッピー道子介護サービス	
サービスの種類	生活支援型訪問サービス（一体型）	
事業所の所在地	〒456-0003　名古屋市熱田区波寄町15-20	
電話番号	052－746-2301	
指定年月日・事業所番号	平成29年5月1日指定	23A0900200
管理者の氏名	高野　道子	
事業の実施地域	名古屋市	

3．事業の目的と運営の方針

事業の目的	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、生活支援型訪問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

生活支援型訪問サービス（一体型）とは、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、自立生活のために必要な見守りのほか、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世話を行うサービスです。

5．営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。

営業時間	午前9時から午後5時まで

6. 生活支援サービスの責任者

生活支援サービス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。

生活支援サービス責任者の氏名	市川　久美

7. 利用料

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）生活支援サービス

頻度	基本利用料 (単位/月)	利用者負担 **(1割)**	利用者負担 **(2割)**	利用者負担 **(3割)**
週1回	1，064	1，175円	2，350円	3，525円
週2回	2，128	2，351円	4，702円	7，053円
週3回	3，192	3，527円	7，054円	10，581円

※自己評価・ユーザー評価加算　**20**単位/月

（2）緊急及びキャンセルについて
利用者が緊急の場合、またサービス利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先（又は前記のサービス責任者）までご連絡下さい。
連絡先（電話）　052-746-2301
090-4239-7237（責任者携帯）

キャンセル料は、利用者様の支払いに合わせてお支払いただきます。

時　　期	キャンセル料
サービス利用日の前々日まで	無料
サービス利用日の前日まで	基本利用料の50%
サービス利用日の当日	基本利用料の100%

※ご連絡は、営業時間内（午前9時～午後5時）にお願い致します。
（3）支払い方法
上記（1）から（2）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。
サービスを利用した月の翌月の27日（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。

8. 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	

9．事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。事業者は損害賠償責任に必要な保険に加入しています。但し、契約者の故意又は重大な過失が認められる場合は、事業者の損害賠償責任を減じることができるものとします。

10.虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定します。
(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
(3) 虐待防止のための指針を整備しています。
(4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
(5) サービス提供中に当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

11.身体拘束の制限

事業所は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行ないません。なお、緊急やむを得ず身体拘束等を行う場合には、適正な手続きのもと、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録します。

12．衛生管理等

(1) 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
(2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
(3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6か月に1回開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。
②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

13．業務継続計画の策定について

(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
(2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

14．ハラスメントについて

下記の行為はハラスメントに該当する可能性があるために、サービスを中止させていただくことがありますのでご理解・ご了承ください。

1.暴力又は乱暴な言動・無理な要求

・物を投げつける。
・刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける。
・怒鳴る、奇声、大声を発する。
・対象範囲外のサービスの強要。　　など

2.セクシャルハラスメント
・介護従事者の体を触る、手を握る。
・腕を引っ張り抱きしめる。
・ヌード写真を見せる。
・性的な話、卑猥な言動をする。　　など

3.その他
・介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く。
・ストーカー行為。　　など

15. 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	担　当　高野博幸　　電話番号　070－1616－4001

(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	名古屋市役所介護保険課東桜分室	電話番号　052－959－3087
	愛知県国民健康保険団体連合会	電話番号　052―971－4165

16. 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 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(又か介護支援専門員)又は当事業所の担当者へご連絡ください。

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。

住　　所　　名古屋市中区金山2-8-10ドリームマンション金山401
事業者　　ハッピーサポート合同会社
代表者名　　代表社員　高　野　道　子

住　　所　　名古屋市熱田区波寄町15-20
事業所　　ハッピー道子介護サービス
責任者　　高　野　道　子

説明者名　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名代行者（又は法定代理人）
住 所　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人との続柄　＿＿＿＿