**訪問型サービスＡ事業者用　参考例**

**（令和６年４月版）**

○○○○（※法人名）

○○○事業所

**秋田市介護予防・日常生活支援総合事業における**

**訪問型サービスＡ重要事項説明書**

　当事業者は、秋田市介護予防・日常生活支援総合事業における訪問型サービスＡの提供の開始にあたり、事業者の概要、提供されるサービス内容及び契約上ご注意頂きたいこと等を次のとおり説明します。

**１．事業者（法人）の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者（法人）の名称 | ○○○○（※法人名） |
| 主たる事務所の所在地 | 〒000-0000　秋田市○○○町○○ |
| 代表者（職名・氏名） | 理事長　○○ ○○ |
| 設立年月日 | ○○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 | ○○○○（※事業所名） | |
| サービスの種類 | 秋田市介護予防・日常生活支援総合事業における  訪問型サービスＡ | |
| 事業所の所在地 | 〒000-0000　秋田市○○○町○○ | |
| 事業所の管理者 | ○○　○○ | |
| 電話番号 | ○○○－○○○－○○○○ | |
| 指定年月日・事業所番号 | ○○年○○月○○日 | ○○○○○○○○ |
| 通常の事業の実施地域 | 秋田市 | |
| 損害賠償責任保険 | ○○○○○○○○保険 | |

**３．事業の目的と運営の方針**

（１）事業の目的

要支援状態等の利用者に対し、その利用者が可能な限りその居宅において要支援状態等の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう支援を行うことにより、利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とする。

（２）運営の方針

・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

・事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、秋田市、地域包括支援セ　ンター、他のサービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

・訪問型サービスＡの提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、関係機関への情報の提供を行います。

・上記のほか、秋田市が定める要綱や基準及びその他の関係法令等の内容を遵守し、事業を実施します。

**４．提供するサービスの内容**

訪問型サービスＡの内容は、次のとおりとします。

|  |  |
| --- | --- |
| 生活援助に関する内容 | 【内容】  掃除、洗濯、ベッドメイク、衣類の整理、被服の補修  一般的な調理、配下膳、買い物、薬の受け取り |

**５．営業日時**

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | ○曜日から○曜日まで  ただし、年末年始（○月○日から○月○日）及びお盆（○月○日から○月○日）を除きます。 |
| 営業時間 | 午前○時○○分から午後○時○○分まで  ※電話等により２４時間常時連絡が可能な体制とします。 |

**６．従業者の職種、員数及び職務の内容**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 従業者の職種 | 常勤 | 非常勤 |
| 管理者 | 名 | 名 |
| サービス提供責任者 | 名 | 名 |
| サービス提供者 | 名 | 名 |

**７．利用料等**

（１）訪問型サービスＡの利用料

**【基本部分】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用回数 | 費用  （１割） | 費用  （２割） | 費用  （３割） | 対象 |
| １回につき | ２２０円 | ４４０円 | ６６０円 | 事業対象者、要支援１、要支援２ |

※利用者負担額は、介護保険の負担割合証に記載の負担割合の分をお支払いいただきます。

**【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 | 費用 | 加算の要件（概要） |
|
| 初回加算 | ２００円/月 | 新規に第一号訪問事業計画を作成した利用者に対して、サービス提供責任者が初回もしくは初回のサービス提供を行った日の属する月にサービス提供を行った場合、もしくはサービス提供者が初回もしくは初回のサービス提供を行った日の属する月にサービス提供を行った際にサービス提供責任者が同行した場合、１月につき算定されます。 |

※利用者負担額は、介護保険の負担割合証に記載の負担割合の分をお支払いいただきます。

（２）その他の費用

|  |  |
| --- | --- |
| ○○ | 【内容】（※その他費用がある場合は記入してください。） |
| ○○ |  |
| ○○ |  |

（３）支払い方法

　上記（１）及び（２）の利用料金、その他の費用は、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、○○日以内に発行します。

|  |  |
| --- | --- |
| 支払い方法 | 支払い要件等 |
| 口座引き落とし | 口座：○○銀行　○○○○（番号）　引き落とし日：毎月○日 |
| 銀行振り込み | 振込口座：○○銀行　○○○○（番号）　振込期限：毎月○日 |
| 現金払い | 納期限：毎月○日 |

**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が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医及び家族等に連絡する等の措置を講じます。

・病状等の状況によっては、事業所の判断により救急車による搬送を要請する場合があります。

**９．事故発生時の対応**

　　・訪問型サービスＡの提供により事故が発生した場合は、速やかに家族等、秋田市に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

・訪問型サービスＡの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

**１０．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 | 担当者：○○　○○  ご利用時間：○○～○○  電話番号： ○○○－○○○－○○○○ |

（２）行政機関その他の苦情相談窓口

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 苦情受付機関 | 所在地 | 電話番号 |
| 秋田市福祉保健部  長寿福祉課 | 秋田市山王一丁目1番1号 | 018-888-5668 |

**１１．秘密保持**

・事業所の従業者は、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。この秘密保持義務は、利用者との契約終了後および退職後においても同様とします。

・事業所は、従業者であった者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を雇用契約の内容とします。

・事業所は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を、あらかじめ文書により得ておくものとします。

**１２．サービスの利用に当たっての留意事項**

　サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

・サービス提供の際、サービス提供者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 医療行為又は医療補助行為

② 直接本人の援助に該当しない行為

　　③ 日常生活の援助に該当しない行為

　　④ 日常的に行われる家事の範囲を超えたサービス提供

　　⑤ 従事者の同居家族である利用者に対してのサービス提供

・体調不良等によりサービスを利用できなくなった際は、できる限り早めに当事業所へご連絡ください。

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項を説明しました。

○年○月○日

事　業　者　　所在地

事業者（法人）名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　㊞

説明者職・氏名　　　　　　　　　　　　㊞

私は、事業者より本書面に基づき重要事項の説明を受け、サービスの提供を受けることに同意しました。

　○年○月○日

　　　　　　 利　用　者　　住　所

氏　名　　　　　　　　 　　　　　㊞

署名代行者　　住　所

本人との続柄

氏　名　　　　　　　　　 　　　　 　　㊞