

指定生活援助型訪問サービス

重要事項説明書

医療法人真芳会

いきいきヘルパーステーション我孫子

この「重要事項説明書」は、「大阪市訪問型サービス（第1号訪問事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成29年4月1日）」の規定に基づき、指定生活援助型訪問サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1. 事業者について

事業者名称	医療法人真芳会
代表者氏名	理事長 林 真二
事業者所在地 (連絡先)	〒558-0013 大阪市住吉区我孫子東3丁目1番1号 電話：06-6609-8080 FAX：06-6609-8081

2. 利用者への居宅サービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	医療法人真芳会 いきいきヘルパーステーション我孫子
介護保険指定 事業者番号	大阪府指定 2772002933
事業所所在地連絡先	大阪市住吉区長居東3丁目8番31号 いきいき倶楽部館長居2階 電話：06-6629-8712 FAX：06-6693-2370
相談担当者名	澤 志麻
事業所の通常の 事業実施地域	大阪市全域、堺市、松原市、吹田市

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	医療法人真芳会が設置するいきいきヘルパーステーション我孫子（以下「事業所」という）において実施する指定生活援助型訪問サービス以下「事業」という）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定めることにより、指定生活援助型訪問サービスの円滑な運営を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定生活援助型訪問サービスの提供を確保することを目的とする。
運営方針	<ol style="list-style-type: none"> 1. 事業所が実施する事業は、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことが出来るように配慮し、生活全般にわたる援助を行うものとする。 2. 事業の実施にあたっては必要な時に必要な生活援助型サービスの提供ができるように努めるものとする。 3. 事業の実施にあたっては、利用者の支援の状態の軽減もしくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目標を設定し計画的に行うものとする。 4. 事業の実施にあたっては、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提供に努めるものとする。 5. 事業の実施に当たっては利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供するものとの連携に努めるものとする。

(3) 営業時間、サービス提供可能日と時間帯

営業時間	月～土 9:00～17:00
休日	12/31～1/3
サービス提供時間	月～日 24時間 (祝日営業) 年中無休

(4) 事業所の職員体制

事業所の管理者	澤 志麻
---------	------

職種	職務内容	人員数
訪問事業責任者	業務管理、スタッフ管理、指導育成	2名
従事者	生活援助	3名以上 (常勤1名以上、非常勤2名以上)

3. サービス内容と料金および利用料について

(1) 提供するサービスの内容について

- 生活援助型訪問サービス提供予定表の作成…利用者に係る介護予防支援事業者等が作成した介護予防サービス計画(ケアプラン)等に基づき、サービス提供日時、具体的なサービスの内容等を記載した生活援助型訪問サービス提供予定表を作成します。
- 買物・薬の受け取り…利用者の日常生活に必要な物品の買い物や薬の受け取りを行います。
調理…利用者の食事の用意や配下膳を行います。
掃除…利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。
洗濯…利用者の衣類等の洗濯を行います。
その他…ベットメイク・衣類の整理・被服の補修等を行います。
生活援助のサービスは、例えばご契約者様が行う調理を従事者が見守りながら一緒に行うど、利用者が有する能力を最大限活用することができるような方法によって行います。

(2) 従事者の禁止行為

従事者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ①医療行為
- ②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④利用者の同居家族に対するサービス提供
- ⑤利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供(大掃除・庭掃除など)
- ⑥利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く)
- ⑧その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) サービス利用料

指定生活援助型訪問サービスを提供した場合の利用料の額は、介護報酬告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

◇ 第1号事業支給費として不適切な事例への対応について

(1) 次にあげるように、第1号事業支給費として適切な範囲を逸脱していると考えられるサービス提供を求められた場合は、サービス提供をお断りする場合があります。

① 「直接本人の援助」に該当しない行為

主として家族の利便に供する行為又は家族が行うことが適当であると判断される行為

- ・利用者以外のものに係る洗濯、調理、買い物、布団干し
- ・主として利用者が使用する居室等以外の掃除
- ・来客の応接（お茶、食事の手配等）
- ・自家用車の洗車・清掃等

② 「日常生活の援助」に該当しない行為

従事者が行わなくても日常生活を営むのに支障が生じないと判断される行為

- ・草むしり
- ・花木の水やり
- ・犬の散歩等ペットの世話 等

日常的に行われる家事の範囲を超える行為

- ・家具・電気器具等の移動、修繕、模様替え
- ・大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ
- ・室内外家屋の修理、ペンキ塗り、植木の剪定等の園芸
- ・正月、節句等のために特別な手間をかけて行う調理 等

(2) 第1号事業支給費の範囲外のサービス利用をご希望される場合は、介護予防支援事業者等又は市区町村に連絡したうえで、ご希望に応じて、配食サービス等の生活支援サービス、特定非営利活動法人（NPO法人）などの住民参加型福祉サービス、ボランティアなどの活用のための助言を行います。

(3) 上記におけるサービスのご利用をなさらず、当事業所におけるサービスをご希望される場合は、別途契約に基づく介護保険外のサービスとして、利用者の全額自己負担によってサービスを提供することは可能です。なおその場合は、介護予防サービス計画等の策定段階における利用者の同意が必要となることから、介護予防支援事業者等に連絡し、介護予防サービス計画等の変更の援助を行います。

4. その他の費用について

交通費	前記2に記載するサービス提供地域にお住まいの方は無料です。 それ以外の地域に訪問する場合は、 通常の実施地域を超えて 片道 10キロメートル未満 100円 通常の実施地域を超えて 片道 10キロメートル以上 150円 交通費を実費頂きます。	
利用の中止・ 変更・追加	サービスの利用をキャンセルする際には、通知の時間によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	サービス利用日の 前日正午まで	無料
	サービス利用日の 前日正午以降	一律2,000円
	但し、急な容体の変化や緊急でやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は頂きません。尚、キャンセル料は公的介護保険の対象外となりますのでご注意ください。	
サービス利用の変更・追加の申し出に対して従事者の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供できない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。		
サービス提供にあたり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道費用	ご利用者様(お客様)の別途負担となります	
料金のお支払い方法	①口座引落 ②事業所指定口座への振込 ③現金支払い	

5. サービスのご利用についての注意事項

- (1) サービスの提供にあたっては、当事業所が選任した従事者がサービスを行います。
ご利用者様が従事者を指名することはご遠慮下さい。
- (2) 選任された従事者の交代を希望する場合には、当該従事者が業務上不適当と認められる事情、その他交代を希望する理由を明らかにして交代を申し出ることができます。また、事業者の都合により従事者を交代することがあります。その場合、ご利用者様に対してサービスご利用上の不利益が生じないよう十分に配慮致します。

6. 秘密の保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業者の使用する者はサービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第3者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
②個人情報の保護について	事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第3者への漏洩を防止するものとします。

7 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定生活援助型訪問サービスの提供により事故が発生した場合は、市区町村、利用者の家族、利用者に係る介護予防支援事業者等（地域包括支援センターより介護予防支援等の業務を受託している居宅介護支援事業者を含む。以下同じ。）に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

8 賠償責任

事業者は、サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産等を傷つけた場合には、その責任の範囲において、利用者に対してその損害を賠償します。本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社
保 険 名	賠償責任保険

9 身分証携行義務

従事者は、常に身分証を携行し、利用者又は利用者のご家族から提示を求められた時は身分証を提示します。

10 心身の状況の把握

指定生活援助型訪問サービスの提供にあたっては、介護予防支援事業者等が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

11 介護予防支援事業者等との連携

- (1) 指定生活援助型訪問サービスの提供に当たり、介護予防支援事業者等及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者との連携に努めます。
- (2) サービス提供の開始に際し、この重要事項説明書に基づき作成する「生活援助型訪問サービス提供予定表」の写しを、利用者の同意を得たうえで介護予防支援者に速やかに送付します。
- (3) サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに介護予防支援事業者に送付します。

12 サービス提供の記録

- (1) 指定生活援助型訪問サービスの実施ごとに、そのサービスの提供日、内容等について記録を行い、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。
- (2) 上記のサービス提供記録は、提供の日から5年間保存します。
- (3) 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧および複写物の交付を請求することができます。

13 衛生管理等

- (1) 従業者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。

1.4 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 澤 志麻
-------------	----------

(2) 苦情解決体制を整備しています。

(3) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

1.5 サービス内容に関する相談・苦情窓口

【事業者の窓口】

いきいきヘルパーステーション我孫子	相談係：澤 志麻 住所：大阪市住吉区长居東3丁目8番31号 電話：06-6629-8712
-------------------	---

【区役所の窓口】 下記窓口営業時間：9：00～17：30（全区共通）

北区 保健福祉センター福祉課	住所：大阪市北区扇町2丁目1番27号 電話：06-6313-9859
都島区 保健福祉センター保健福祉課 (介護保険)	住所：大阪市都島区中野町2丁目16番20号 電話：06-6882-9859
福島区 保健福祉センター保健福祉課 (介護保険・高齢者福祉)	住所：大阪市福島区大開1丁目8番1号 電話：06-6464-9859
此花区 保健福祉センター保健福祉課 (介護保険)	住所：大阪市此花区春日出北1丁目8番4号 電話：06-6466-9859
中央区 保健福祉センター保健福祉課 (介護保険)	住所：大阪市中央区久太郎町1丁目2番27号 電話：06-6267-9859
西区 保健福祉センター保健福祉課 (介護保険)	住所：大阪市西区新町4丁目5番14号 電話：06-6532-9859
港区 保健福祉センター保健福祉課 (介護保険)	住所：大阪市港区市岡1丁目15番25号 電話：06-6576-9859
大正区 保健福祉センター保健福祉課 (介護保険)	住所：大阪市大正区千島2丁目7番95号 電話：06-4394-9859
天王寺区 保健福祉センター保健福祉課 (介護保険)	住所：大阪市天王寺区真法院町20番33号 電話：06-6774-9859
浪速区 保健福祉センター保健福祉課 (高齢者支援担当)	住所：大阪市浪速区敷津東1丁目4番20号 電話：06-6647-9859
西淀川区 保健福祉センター保健福祉課 (総合福祉グループ高齢者支援チーム)	住所：大阪市西淀川区御幣島1丁目2番10号 電話：06-6478-9859
淀川区 保健福祉センター保健福祉課 (介護保険)	住所：大阪市淀川区十三東2丁目3番3号 電話：06-6308-9859
東淀川区 保健福祉センター保健福祉課 (介護保険)	住所：大阪市東淀川区豊新2丁目1番4号 電話：06-4809-9859
東成区 保健福祉課 (介護保険・高齢者福祉)	住所：大阪市東成区大今里西2丁目8番4号 電話：06-6977-9859

生野区 保健福祉センター保健福祉課 (介護保険)	住所：大阪市生野区勝山南3丁目1番19号 電話：06-6715-9859
旭区 保健福祉センター福祉課 (介護保険)	住所：大阪市旭区大宮1丁目1番17号 電話：06-6957-9859
城東区 保健福祉センター保健福祉課 (介護保険)	住所：大阪市城東区中央3丁目5番45号 電話：06-6930-9859
鶴見区 保健福祉センター保健福祉課 (高齢者支援)	住所：大阪市鶴見区横堤5丁目4番19号 電話：06-6915-9859
阿倍野区 保健福祉センター保健福祉課	住所：大阪市阿倍野区文の里1丁目1番40号 電話：06-6622-9859
住之江区 保健福祉センター保健福祉課 (高齢・介護保険)	住所：大阪市住之江区御崎3丁目1番17号 電話：06-6682-9859
住吉区 保健福祉センター保健福祉課 (介護保険)	住所：大阪市住吉区南住吉3丁目15番55号 電話：06-6694-9859
東住吉区 保健福祉センター保健福祉課 (介護保険)	住所：大阪市東住吉区東田辺1丁目13番4号 電話：06-4399-9859
平野区 保健福祉センター保健福祉課 (介護保険)	住所：大阪市平野区背戸口3丁目8番19号 電話：06-4302-9859
西成区 保健福祉センター保健福祉課 (介護保険)	住所：大阪市西成区岸里1丁目5番20号 電話：06-6659-9859

【市役所の窓口】 下記窓口営業時間：9：00～17：30（全市共通）

大阪市 福祉局高齢者施策部介護保険課	住所：大阪市中心区船場中央3丁目1番7-331 電話：06-6241-6310
堺市 健康福祉局長寿社会部介護保険課	住所：堺市堺区南瓦町3番1号 電話：072-228-7513
松原市 健康部高齢介護課	住所：松原市阿保1丁目3番1号 電話：072-334-1550
吹田市 福祉部高齢福祉室	住所：吹田市泉町1丁目3番40号 電話：06-6384-1231

【公的団体の窓口】 下記窓口営業時間：9：00～17：00

大阪府国民健康保険団体連合会	住所：大阪市中心区常盤町1丁目3番8号 中央大通FNビル内 電話：06-6949-5320
----------------	---

1.6 連帯保証人

連帯保証人は本生活援助型訪問サービス契約から生じる一切の責任を契約者と連帯保証します。

1.7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

<主治医> 医療機関名： _____

医師名： _____

電話番号： _____

<緊急連絡先> 住 所： _____

代理人： _____ (続柄： _____)

電話番号： _____

以上、上記内容について「大阪市訪問型サービス（第1号訪問事業）の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱（平成29年4月1日）」の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

説 明 者：医療法人真芳会

いきいきヘルパーステーション我孫子

氏 名： _____ 印

私は、本書面に基づき重要事項の説明を受けました。

年 月 日

事業者 住 所 大阪市住吉区我孫子東3丁目1番1号

名 称 医療法人 真芳会

代表者名 理事長 林 真二

㊞

事業所 住 所 大阪市住吉区长居東3丁目8番31号

名 称 医療法人真芳会 いきいきヘルパーステーション我孫子

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

連絡先 _____ 続柄 _____

連帯保証人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

連絡先 _____ 続柄 _____

【別 表 (1)】

(1) サービス利用料

(地域区分：2級地 11.12円)

サービス提供区分	生活援助型訪問サービス費(Ⅰ) 週1回程度の利用 (単位数 888)		生活援助型訪問サービス費(Ⅱ) 週2回程度の利用 (単位数 1,774)		生活援助型訪問サービス費(Ⅲ) 週2回を超える利用 (単位数 2,815)	
	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
通常 (1割負担)	9,874円/月	988円/月	19,726円/月	1,973円/月	31,302円/月	3,131円/月
通常 (2割負担)		1,975円/月		3,946円/月		6,261円/月
通常 (3割負担)		2,963円/月		5,918円/月		9,391円/月
日割	329円/日	33円/日	657円/日	66円/日	1,043円/日	105円/日

※実際の料金は、1ヶ月間にご利用されたサービスの【介護給付費単位数】の合計に【1単位地域単価11.12円】を乗じ、1円未満を切り捨てた金額となります。

※「週〇回程度の利用」とあるのは、週当たりのサービス提供の頻度による区分を示すものですが、提供月により月間のサービス提供日数が異なる場合であっても、利用料及び利用者負担額は変動せず定額となります。

※月の途中でのサービス提供区分の変更は行いません。

なお、翌月のサービス提供区分については、介護予防サービス計画(ケアプラン)等に基づき利用者の新たな状態に応じた区分による生活援助型訪問サービス提供予定表を作成し、サービス提供を行うこととなります。

※月ごとの定額制となっていますが、以下の場合は()内の日をもって日割り計算を行います。

- ・月途中からサービス利用を開始した場合(契約日)
- ・月途中でサービス利用を終了した場合(契約解除日)
- ・月途中に要介護から要支援に変更になった場合(変更日)
- ・月途中に要支援から要介護に変更になった場合(変更日)
- ・同一市町村内で事業所を変更した場合(変更日)

※当事業所と同一建物もしくは同一の敷地内もしくは隣接する敷地内の建物に居住する利用者又は当事業所における一月あたりの利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービス提供を行った場合は、上記金額の90/100となります。

同一の敷地内もしくは隣接する建物とは、当事業所と構造上、外形上、一体的な建築物及び同一敷地内ならびに隣接する敷地にある建築物のうち効率的なサービス提供が可能なものをいいます。

同一の建物に20人以上居住する建物とは、前記に該当するもの以外で当事業所の利用者が20人以上居住する建物をいいます。

(養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。)

(2) 加算について

<介護職員処遇改善加算>

厚生労働省が定める処遇改善加算において、キャリアパス要件等の適合状況に応じた区分に基づき介護職員処遇改善加算（Ⅰ）を算定し、毎月算定した総単位の13.7%分（自己負担額一割の場合）をご負担いただきます。

<介護職員特定処遇改善加算>

厚生労働省が定める処遇改善加算において、キャリアパス要件等の適合状況に応じた区分に基づき介護職員特定処遇改善加算（Ⅱ）を算定し、毎月算定した総単位の4.2%分（自己負担額一割の場合）をご負担いただきます。

備 考

- ・ サービスの利用について、公的介護保険の適用がある場合には、消費税は非課税です。
- ・ 公的介護保険対象外のサービスを希望される場合は、ご利用者様には対象外のサービス利用料金額をご負担いただきます。（別途消費税を頂きます）
- ・ ご利用者様が要支援認定等を受けていない場合又は介護予防サービス計画等作成されていない場合には、サービス利用料全額をお支払い頂きます。要支援認定等後又は介護予防サービス計画等作成後、自己負担を除く金額が公的介護保険からご利用者様へ直接払い戻されます。
（償還払い）
- ・ 次の事項に該当する場合は、生活援助型訪問サービスの提供を拒否する場合があります。
 - ① 当該事業所の現員からは利用申し込みに応じきれない場合。
 - ② 利用申し込みの居住地が当該事業所の通常の事業の実施地域外である場合、その他利用申込者に対し自ら適切な生活援助型訪問サービスを提供することが困難な場合

※指定生活援助型訪問サービス内容の見積もりについて

- このサービス内容の見積もりは、あなたの介護予防サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

(1)サービス提供責任者（生活援助型訪問サービス計画を作成する者）

氏名 _____ (連絡先: _____)

(2)提供予定の指定生活援助型訪問サービスの内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

曜日	訪問時間帯	サービス区分・種類	サービス内容	介護保険適用の有無	利用料	利用者負担額
月	:~:				円	円
火						
水						
木					円	円
金						
土						
日						
1週当たりの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額					円	円

(3)その他の費用

① 交通費の有無	
② キャンセル料	
③ サービス提供に当たり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用	
④ 通院・外出介助における訪問介護員等の公共交通機関等の交通費	

(4) 1ヶ月あたりのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

お支払い額の目安	
----------	--

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヶ月以内とします。