重 要 事 項 説 明 書　（介護予防・日常生活支援総合事業用）

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えている介護予防訪問サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1　指定介護予防訪問サービスを提供する事業者について

事業者名称	大阪みなみ医療福祉生活協同組合
代表者氏名	中村　三千人
本社所在地 （連絡先）	堺市東区南野田 127 072-236-3211　FAX

2　ご利用者への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	ヘルパーステーション北野田
介護保険指定事業者番号	大阪府指定　　高第 881-936 号 2770101679
事業所所在地	堺市東区南野田 127
連　絡　先 相談担当者名	072-236-0126　　FAX072-236-7223 担当　島田・藤岡
事業所の通常の事業実施地域	堺市東区・中区・美原区・南区･大阪狭山市

(2)事業の目的および運営方針

事業の目的	ヘルパーステーション北野田（以下「事業所」という）において実施する指定介護予防訪問サービス事業（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事により、指定介護予防訪問サービスの円滑な運営管理を図るとともに、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介護予防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	①　この事業所が実施する事業は、利用者の心身機能の改善、環境調整を通じて利用者の自立を支援し、生活の質の向上に資するサービス提供を行い、利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行うとともに、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行うこととします。 ②事業の実施に当たっては、指定介護予防訪問サービスの実施手順に関する具体的方針として、サービス提供の開始にあたり、利用者の心身状況等を把握し、個々のサービスの目標、内容、実施機関を定めた個別計画を作成するとともに、個別計画の作成後、個別計画の実施状況の把握（モニタリング）をし、モニタリング結果を指定介護予防支援事業者へ報告することとする。 ③事業の実施に当たっては利用者の心身機能、環境状況等を把握し、介護保険以外の代替サービスを利用する等効率性・柔軟性を考慮した上で、利用者の意志及び人格を尊重しながら、利用者のできることは利用者が行うことを基本としたサービス提供に努めるものとする。 ④事業の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護事業所、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。 ⑤前 4 項のほか、「堺市介護予防・日常生活支援総合事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱」に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

(3)サービス提供可能な日と時間帯

営　業　日	月～土
営 業 時 間	8:45～16:45

(4)事業所窓口の営業日及び営業時間

営　業　日	月～土（日･祝日、12/30～1/4 を除く）
営 業 時 間	月～金 8:45～16:45、土 8:45～12：45

(5)事業所の職員体制

事業所の管理者	和田　宣寿	
職　　種	職　務　内　容	人　　員　　数
サービス提供責任者	サービス提供の調整等	名
介護予防訪問サービス職員	直接処遇（家事、食事、排泄介助等）	名

3　提供するサービスの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

サ　ー　ビ　ス　の　内　容	
食事介助	……食事の介助を行います。
入浴介助	……入浴の介助または、入浴が困難な方は清拭等をします。
排泄介助	……排泄の介助、オムツ交換を行います。
体位変換	……体位の変換を行います。
自立支援	……ともに行う調理、ともに行う家事、ともに行う買物、入浴・更衣・移動時の自立への声かけと安全の見守りなど
買物	……ご利用者様の日常生活に必要となる物品の買物を行います。

調理	……ご利用者様の食事の用意を行います。（ご家族分の調理は行いません。）
掃除	……ご利用者様の居室の掃除を行います。（ご利用者様の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除は行いません。）
洗濯	……ご利用者様の衣類等の洗濯を行います。（ご家族分の洗濯は行いません。）

（2）提供するサービスの料金とその利用料について

サービス提供区分		介護報酬額	ご利用者様負担額		
			1割	2割	3割
通常の場合（月ごとの定額制）	介護予防訪問サービス費（Ⅰ）週１回程度（1月４回以上）	12583円	1259円	2517円	3775円
	介護予防訪問サービス費（Ⅱ）週２回程度（1月８回以上）	25134円	2514円	5027円	7541円
	介護予防訪問サービス費（Ⅲ）週２回を超える程度（1月12回以上）	39878円	3988円	7976 円	11967円
利用回数に応じて	標準的な内容の指定相当訪問型サービスである場合	3070円	307円	614円	921円

加算名称	介護報酬額	ご利用者様負担額		算定回数等
初回加算	2,140 円	1割	214円	初回のみ
		2割	428円	
		3割	642円	
生活機能向上連携加算（Ⅰ）	1,070 円	1割	107円	1月につき
		2割	214円	
		3割	321円	
生活機能向上連携加算（Ⅱ）	2140円	1割	214円	1月につき
		2割	428円	
		3割	642円	

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）・・・毎月の算定した総単位数の24.5%分の（1割・2割・3割）負担金を頂きます。

4　その他の費用について

①　交通費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。 なお、自動車を使用した場合は（運営規程に記載されている内容を記載する）により請求いたします。
② サービス提供に当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	利用者（お客様）の別途負担となります。

5　利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

利用料、その他の費用の請求	ア　利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ　請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月20日までに利用者あてお届けします。
利用料、その他の費用の支払い	ア　サービス提供の都度お渡しする利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 （ア）利用者指定口座からの自動振替 （イ）郵便振込 （ウ）現金支払い イ　お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払い期日から２月以上遅延し、さらに支払いの督促から 14 日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いただくことになります。

6　担当ヘルパーの変更をご希望される場合の相談窓口について

利用者のご事情により、担当ヘルパーの変更を希望される場合は、 右のご相談担当者までご相談ください。	ア　相談担当者氏名　島田・藤岡 イ　連絡先電話番号　072-236-0126　　ﾌｧｯｸｽ番号　072-236-7223 ウ　受付日および受付時間　　月～土　8:45～16：45

※ 担当ヘルパーの変更に関しましては、ご利用者のご希望を尊重して調整を行いますが、
当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

7　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、第三者に漏らしません。 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ん。また、利用者の家族の個人情報についても、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ん。 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三者への漏洩を防止するものとします。

8　緊急時の対応

事業者は、現に介護予防訪問サービスの提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治の医師等及び重要事項説明書記載の緊急連絡先に連絡を取り、救急治療あるいは救急入院などに必要な措置を講じます。

主治医	利用者の主治医		家族等	緊急連絡先の家族等	
	所属医療機関名称			住所及び電話番号	
	所在地及び電話番号				

9　介護予防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、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお聞きした日常生活の状況や利用意向をもとに作成したものです

○　契約締結後のサービス提供は、この内容に基づく「介護予防訪問サービス計画」を作成の上で実施しますが、状況の変化、意向の変動などにより、内容変更を行うことも可能です。

(1) サービス提供責任者（介護予防訪問サービス計画作成者）

氏　名

（連絡先：　　）

(2) 提供予定の介護予防訪問サービスの内容と料金

曜日	訪問時間帯	サービス内容	利用料（月額）	利用者負担額（月額）
月			円	円
火				
水				
木				
金				
土				
日				

(3) その他の費用

①交通費の有無	（有・無の別を記載）サービス提供１回あたり…
②光熱水費	利用者（お客様）の別途負担となります。

(4)1ヵ月あたりの利用者負担額（利用料とその他の費用の合計）の目安

利用者負担額の目安額	

※ 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ヵ月以内とします。

１０　高齢者虐待防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・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　研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。

②　個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

③　従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

１１　事故発生時の対応

当事業所が利用者に対して行う介護予防訪問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･市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当事業所が利用者に対して行った介護予防訪問サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

１２　苦情処理の体制及び手順

苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握する為に必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。

相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは、必ず対応方法を含めた結果報告を行います。（時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します。）

１３　ハラスメントへの対策強化

① 事業所は従業者が対等な個人として尊重され、性別等の人権侵害の無い公正で快適な環境において就労のできる機会と権利を保障する職場つくりを目指し、パワーハラスメントやセクシャルハラスメントの防止及び対応に努めます。

② 利用者またはその家族などが従業者に対して、パワーハラスメントやセクシャルハラスメント、保険上定められている以外のサービスの提供を強要された場合などは事業所は事実確認を行い、必要な措置を講じるものとする。

１４　サービス提供に関する相談、苦情について

【事業者の窓口】 （事業者の担当部署・窓口の名称） 相談・苦情担当者：島田　雅之	所 在 地：堺市東区南野田 127　名称：ヘルパーステーション北野田 電話番号：072-236-0126　ﾌｧｯｸｽ番号：072-236-7223　受付時間：8 時 45 分～16 時 45 分
【市町村の窓口】 （利用者の居宅がある市町村の介護保険担当部署の名称）	所 在 地：堺市日置荘原寺町 195-1 名称：東区役所地域福祉課介護保険係 電話番号：287-8112　ﾌｧｯｸｽ番号：287-8117　受付時間：9 時～17 時 15 分
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所 在 地：大阪市中央区常盤町 1-3-8　名称：大阪府国民健康保険団体連合会 電話番号：06-6949-5446　ﾌｧｯｸｽ番号：06-6949-5417

窓　口　名	住　所	ＴＥＬ	ＦＡＸ
堺区役所地域福祉課介護保険係	堺市堺区南瓦町 3-1	228-7477	228-7870
中区役所地域福祉課介護保険係	堺市中区深井沢町 2470 - 7	270-8195	270-8103
西区役所地域福祉課介護保険係	堺市西区鳳東町 6-600	275-1912	275-1919
南区役所地域福祉課介護保険係	堺市南区桃山台 1-1-1	290-1812	290-1818
北区役所地域福祉課介護保険係	堺市北区新金岡町 5-1-4	258-6771	258-6836
美原区役所地域福祉課介護保険係	堺市美原区黒山 167-1	361-1881	362-7532
健康福祉局福祉推進部介護保険課	堺市堺区南瓦町 3-1	228-7513	222-1452
大阪狭山市健康福祉部高齢介護グループ	大阪狭山市狭山 1-2384-1	366-0011	366-9696
富田林市介護保険室	富田林市常磐町 1-1	0721-25-1000	0721-25-9037
河内長野市介護高齢課	河内長野市原町１丁目１番１号	0721-53-1111	0721-50-1088

１５　第三者評価について

第三者評価の有無	無し

１６　重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年　　月　　日

上記内容について、上記内容について、「堺市介護予防・日常生活支援総合事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める要綱」に基づき、利用者に説明を行いました。

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

事業所	所　在　地	堺市東区南野田 127
	法　人　名	大阪みなみ医療福祉生活協同組合
	代 表 者 名	中村三千人　印
	事 業 所 名	ヘルパーステーション北野田
	説明者氏名	印

利用者	住　所	
	氏　名	印
代理人	住　所	
	氏　名	（続柄　　）印
代筆者	住　所	
	氏　名	（続柄　　）印
代筆理由		