重要事項説明書

（生活援助型訪問サービス）

利用者:　　様

ケアサポートシステムりんどう

〒５４７－００４３

大阪市平野区平野東３丁目６－15－103号

ＴＥＬ（０６）６７９４－８１１１

ＦＡＸ（０６）６７９４－８００２

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えている生活援助型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．事業者

（1）事業者名　　有限会社システムケアつつみ

（2）代表者氏名　永井　祐一郎

（3）所在地　　大阪市平野区平野東３丁目6－15－103

（4）電話番号　　０６－６７９４－８１１１

（5）設立年月　　平成１６年６月

２．事業所の概要

（1）事業所の種類　　生活援助型訪問サービス
大阪市指定
介護保険事業所番号第２７７５８０１４５５号

（2）事業所の名称　　ケアサポートシステムりんどう

（3）事業所の所在地　大阪市平野区平野東３丁目6－15－103

（4）電話番号　　０６―６７９４―８１１１

（5）業務管理者　　古橋　美貴子

（6）通常の事業実施地域　大阪市（平野区）・（東住吉区）

３．事業の目的および運営方針

＜事業の目的＞

要介護状態になったご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自立した日常生活を営むことができるよう、生活援助型訪問サービス計画に基づく日常生活上の世話や介護その他必要な援助を行うことによって、ご利用者の要支援状態の維持もしくは改善ができ、要介護状態になることを予防することを目的とします。

＜運営方針＞

ご利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ちながら、大阪市や他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者、地域との連携に努めます。明るくなごやかな雰囲気の中で、丁寧なサービスの提供を心がけるとともに、適切な介護技術をもってサービスの提供を行います。

４．サービス提供可能な日と時間帯

営業日	月～金曜日 年末年始12/３０～1/3休み
営業時間	９：００～１８：００

５．事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月～金曜日

	年末年始12/３０～1/3休み
営業時間	８：００～１８：００

６．事業所の職員体制

管理者	古橋　美貴子

職種	職務内容	人員数
サービス提供責任者	生活援助型訪問サービスの統括・調整	２名
訪問介護職員	生活援助型訪問サービス業務（管理者除く）	８名以上

７．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

サービスの種類	サービスの内容
生活援助	買物・調理・掃除・洗濯など

※以下のサービスは、生活援助型訪問サービスとしては提供できません。

×医療行為

×外出介助・自立生活支援の為の見守り的介助

×利用者以外の洗濯・調理・買物・布団干しなど

×草むしり、植木花木の水やり手入れ、玄関先の掃除、ペットの世話など

×大掃除、窓のガラスみがき、床のワックスがけなど

×来客の応接（お茶、食事の手配など）

×特別な手間をかけて行う調理（おせち料理など）
×家具・電気器具の移動・修繕・掃除（エアコン・換気扇）など

(2)提供するサービスの料金とその利用料について

介護報酬の告示上の金額（大阪市域摘要額）とします。（月額）
・月途中でのサービス開始若しくは終了した場合、日割計算となります。

（利用者負担額　上段１割・中段２割・下段3割）

区分	内容	利用料	利用者負担額
生活援助型訪問費Ⅰ/2	要支援１・２	９，８７４円/月 （322円/日）	９８８円/月 （33円/日）
			1,９７５円/月 (65円/日)
			2,９６３円/月 (97円/日)
生活援助型訪問費Ⅱ/2	要支援１・２	１９，７２６円/月 （644円/日）	1,９７３円/月 （65円/日）
			3,９４６円/月 （129円/日）
			5,９１８円/月 （194円/日）
生活援助型訪問費Ⅲ/3	要支援２	３１，３０２円/月 （1,034円/日）	3,１３１円/月 （104円/日）
			6,２６１円/月 （207円/日）
			9,３９１円/月 （311円/日）

※介護職員処遇改善加算として上記利用料に 24.9%加算されます。

8．その他の費用について

（1）交通費

ご利用者の居宅などが、通常の事業の実施地域以外の場合、交通費実費請求いたします。

（2）その他

サービス提供に当たり必要となるご利用者の居宅での電気・ガス・水道の費用は、ご利用者の負担となります。

9．利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

（1）利用料、その他の費用の請求

○　利用料、その他の費用は、ご利用月ごとに請求いたします。

○　請求書は、ご利用月の翌月の１０日以降１週間以内にご利用者宛お届けします。

（2）利用料、その他の費用の支払い

○　利用料その他の費用は、下記のいずれかの方法によりお支払下さい。

ア）契約時のご指定の口座より自動引き落とし（口座振替依頼書）

イ）現金支払

※　自動引き落としの場合、毎月26日となります。
引落日が金融機関の休業日の場合は、翌営業日となります。

○　お支払を確認しましたら、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ヶ月以上遅延し、さらに支払いの催告から 14日以内にお支払いがない場合には、

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。

１０．サービス提供記録について

提供したサービスについては、その都度「サービス提供記録」に記録しその控えをご利用者に交付します。また、この記録は５年間保存することとします。

１１．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

ご利用者の事情により、担当ヘルパーの変更を希望される場合は、下記の相談担当までにご相談ください。

相談担当者　　古橋　美貴子

連絡先電話番号　（０６）６７９４―８１１１

連絡先ファックス（０６）６７９４―８００２

受付時間帯　　９：００～１８：００

※　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。

１２．秘密の保持と個人情報の保護について

（１）ご利用者及びそのご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ご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）個人情報の使用・提供に関する注意事項について

事業者は、前項の規定にかかわらず、ご利用者および家族の個人情報を以下のために、必要最小限の範囲内で使用・提供、または収集します。

○　ご利用者に関わる介護予防サービス計画及び生活援助型訪問サービス計画の立案や円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議での情報提供

○　介護予防支援事業所とサービス事業所との連絡調整

○　ご利用者が医療サービスの利用を希望している場合及び主治医の意見を求める必要がある場合

○　ご利用者の容態の変化にともない、緊急連絡を必要とする場合

（3）個人情報に関する情報共有に必要な書類例は以下の通り

必要書類例	
①介護保険被保険者証	⑥減額証
②アセスメント書類	⑦サービス提供記録
③介護予防サービス計画	⑧身体障害者手帳
④経過報告書	⑨診断書
⑤主治医の意見書	⑩介護予防訪問介護計画

※個人情報の使用及び提供期間は、サービス提供の契約期間に準じます。

１３．緊急時の対応方法について

サービス提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医にご連絡するとともに、予め指定する連絡先にも連絡します。

主治医	利用者の主治医	
	所属医療機関名称	
	所在地	
	電話番号	
家族等	緊急連絡先家族等	
	住所	
	電話番号	

14　高齢者虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・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 従業者が支援に当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。

15　事故発生時の対応

当事業所が利用者に対して行う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、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

った生活援助型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。

16　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ため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。）

17　感染症について

事業者は契約有効期間中、インフルエンザ・ノロウイルスなど感染症と診断された利用者に対し、当該サービス提供を中止する場合があります。

18．サービス提供に関する相談、苦情について

【事業所の窓口】 ケアサポートシステムりんどう 管理者 古橋　美貴子	所在地　大阪市平野区平野東3丁目6−15−103 電話番号　06―6794-8111 FAX番号　06-6794-8002 受付時間　9：00～１８：００
【市町村の窓口】 ①　大阪市平野区社会福祉協議会 平野区 地域包括支援センター	所在地　大阪市平野区平野東2-1-30 電話番号　06-6795-1666 FAX番号　06-6795-1660 受付時間　9：00～17：00
②　大阪市東住吉区社会福祉協議会 東住吉区 地域包括支援センター	所在地　大阪市東住吉区田辺2-10-18 電話番号　06-6622-0055 FAX番号　06-6622-9123 受付時間　9：00～17：00
③　大阪市阿倍野区社会福祉協議会 阿倍野区 地域包括支援センター	所在地　大阪市阿倍野区帝塚山1-3-8 電話番号　06-6628-1400 FAX番号　06-6628-9393 受付時間　9：00～17：00
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地　大阪市中央区常磐町1-3-8 電話番号　06-6949-5418 受付時間　9：00～17：00

令和８年６月１日改正

１９．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　令和　　年　　月　　日

上記内容について、「大阪市訪問サービス（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。

事業者　所在地　大阪市平野区平野東３丁目6－15－103

法人名　有限会社システムケアつつみ

代表者　取締役　永井　祐一郎

事業所名　ケアサポートシステムりんどう

説明者氏名　古橋　美貴子

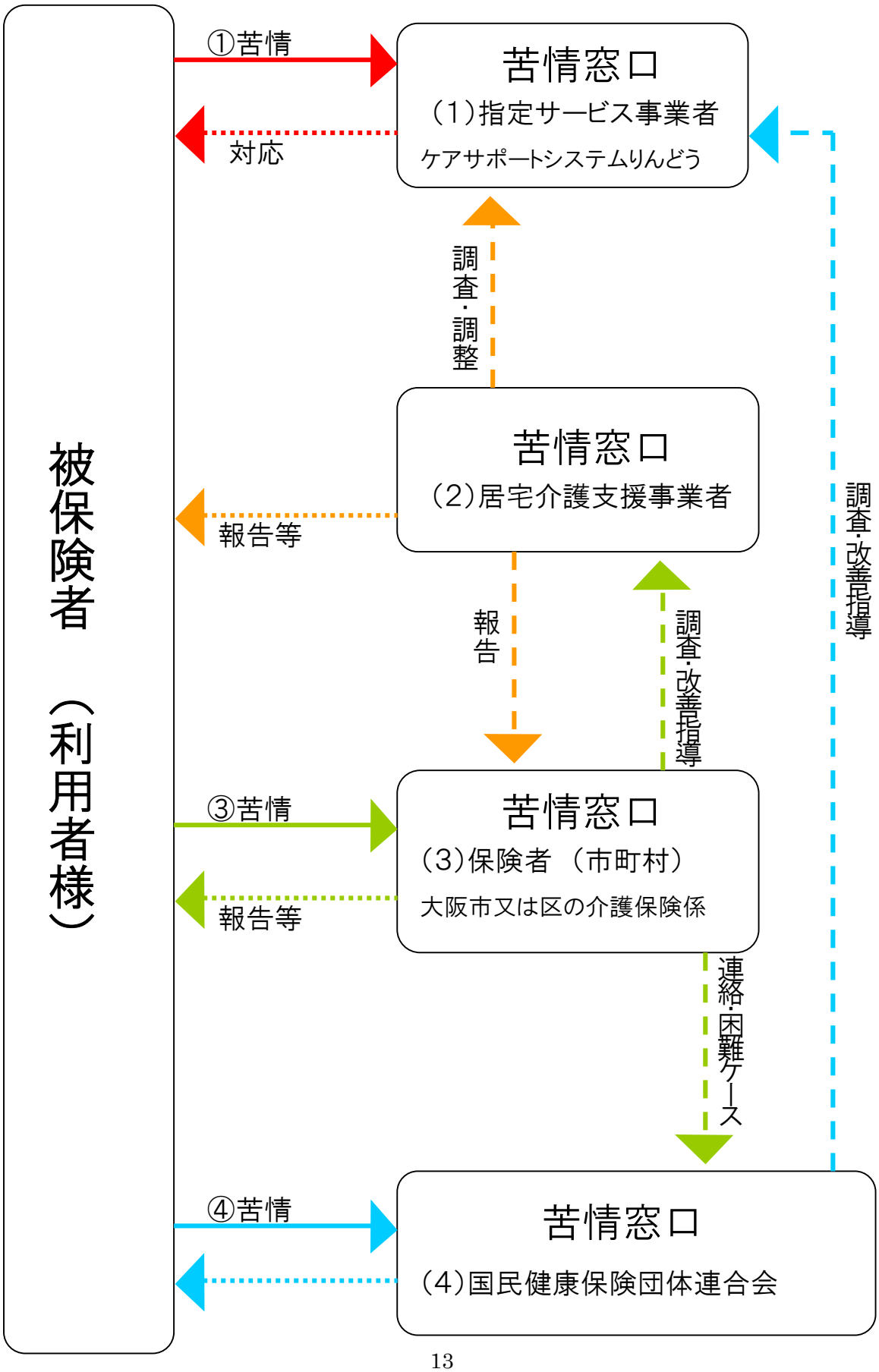
重要事項説明書の交付の上、訪問介護事業者より説明を受け同意しました。

利用者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご家族　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿


被保険者（利用者様）
①苦情
対応
苦情窓口
（1）指定サービス事業者
ケアサポートシステムりんどう
調査・調整
苦情窓口
（2）居宅介護支援事業者
報告等
報告
調査・改善指導
調査・改善指導
③苦情
報告等
苦情窓口
（3）保険者（市町村）
大阪市又は区の介護保険係
連絡・困難ケース
④苦情
苦情窓口
（4）国民健康保険団体連合会