

社会福祉法人芳春会 ビオラ和泉ヘルパーステーション
生活支援サービス（愛の手サービス） 重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている生活支援サービスについて、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 生活支援サービスを提供する事業者及びサービス事業所について

事業者	社会福祉法人 芳 春 会
代表者氏名	理事長 老木 シナ子
事業所	ビオラ和泉ヘルパーステーション
介護保険指定事業所番号	大阪府指定 2770500177号
所在地	〒594-0073 和泉市和気町三丁目5番19号
電話番号	0725-46-0460
管理者	河合 英行
受付担当者名	ホームヘルパー主任（サービス提供責任者）堀口晶己
通常の事業実施地域	和泉市

2 サービス提供時間と窓口の営業時間

(1) サービス提供日と提供時間

サービス提供が可能な日	通年
サービス提供可能な時間	午前6時から午後10時まで

※ご依頼時間が他の訪問時間と重なっている場合には、訪問時間の調整をお願いする場合があります。

(2) 事業所窓口の営業日と営業時間

営業日	月曜日から土曜日まで。但し、国民の祝日及び12月31日から1月3日までを除く。
営業時間	平日：午前8時45分から午後5時30分 土曜日：午前8時45分から午後12時45分

3 サービス内容及び訪問介護員等の禁止行為

(1) サービス内容の例

(1) ご自宅での生活支援に関する内容	①話し相手や趣味のお手伝い ②家具の移動、衣類の整理 ③電球の交換 ④大掃除、窓のガラス磨き など
(2) お出かけ時の支援に関する内容	①外出、行楽の付き添い ②地域行事への参加付き添い など
(3) 見守り等の支援に関する内容	①通院時などの見守り ②ご自宅での見守り など

(4) その他日常生活上必要な支援	①ご家族の洗濯、調理、買い物など ②草むしり、花木の水やり	など
-------------------	----------------------------------	----

(2) 訪問介護員等の禁止行為

訪問介護員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 利用者の居宅での飲酒、喫煙
- ⑤ 留守宅でのサービス提供
- ⑥ ヘルパーまたは利用者が運転しての買い物や外出の付き添い
- ⑦ 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

4 提供するサービスの利用者負担額について

(1) 生活支援サービス費用

生活支援サービス区分	料金	
	(平日8時～18時)	(日曜日、祝祭日8時～18時) (6時～8時、18時～22時)
生活支援サービス1 (身体介護を伴う生活支援サービス)	2,500円/1時間	3,125円/1時間
生活支援サービス2 (身体介護を伴わない生活支援サービス)	2,000円/1時間	2,500円/1時間
生活支援サービス3 (外出支援サービス)	2,000円/1時間	2,500円/1時間

※利用者の同意の上で、二人の訪問介護員が共同でサービスを行う必要がある場合は、通常の利用料金の2倍の料金をいただきます。

(2) その他の費用について

①交通費	通常の事業の実施地域以外（和泉市外）から利用者の要請があったときは交通費の実費をいただきます。なお、自動車を使用した場合には、次の額を請求いたします。 (1) 本所から片道2km未満 無料 (2) 本所から片道2km～4km 300円 (3) 本所から片道4km以上の場合は1km毎に 100円
②高熱水費	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、水道等の費用は、利用者の別途負担となります。
③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	実費相当を請求いたします。

5 利用料、その他の費用の請求及び支払い方法について

①請求の方法	<p>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します。</p> <p>イ 請求書は、利用明細を添えて、利用月の翌月15日までに利用者宛にお届けします。</p>
②支払い方法	<p>ア 請求月の27日までに、下記のいずれかの方法により、お支払ください。</p> <p>(ア) 利用者指定口座からの自動振替</p> <p>(イ) 現金支払</p>

※利用料その他の費用の支払について、支払期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払の督促から14日以内にお支払がない場合は、契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことになります。

6 緊急時の対応について

サービス提供中に、利用者に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への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

主治医	医療機関名称	
	主治医氏名	
	住所	
	電話	
家族等	氏名	
	住所	
	電話	

7 事故発生時の対応方法について

利用者に対する生活支援サービスの提供により事故が発生した場合は利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指生活支援サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

なお、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	あいおい損害保険会社
保 險 名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
賠 償 の 概 要	施設・在宅サービスに関する全ての事業・活動が対象

※ご自宅でペット等を飼われている場合、または飼い始める場合は事前に職員へお申し出頂き、訪問時や送迎時に必要な対応をお取りいただきますようお願い申し上げます。

※ご自宅に壊れやすい物を置いている場合は、事前にお伝えいただいたうえで必要な対応をお取りいただくようよろしくお願い致します。

8 身分証の携行義務

訪問介護員等は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

9 サービス内容に関する相談、苦情の窓口

ビオラ和泉ヘルパーステーション

所在地 〒594-0073 和泉市和気町三丁目5番19号

電話番号 0725-46-0460 FAX 0725-46-0461

受付時間 月曜日から金曜日の午前8時45分から午後5時30分

苦情受付窓口 サービス提供責任者 堀口晶己

苦情解決責任者 施設長 松田康子

10 生活支援サービス利用の見積もりについて

このサービス内容の見積もりは、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) 提供予定の生活支援サービス内容と負担額

曜日	訪問時間帯	サービス 区分・種類	サービス 内容	利用者負担額
月		<input type="checkbox"/> 生活支援サービス1 <input type="checkbox"/> 生活支援サービス2 <input type="checkbox"/> 生活支援サービス3		
火		<input type="checkbox"/> 生活支援サービス1 <input type="checkbox"/> 生活支援サービス2 <input type="checkbox"/> 生活支援サービス3		
水		<input type="checkbox"/> 生活支援サービス1 <input type="checkbox"/> 生活支援サービス2 <input type="checkbox"/> 生活支援サービス3		
木		<input type="checkbox"/> 生活支援サービス1 <input type="checkbox"/> 生活支援サービス2 <input type="checkbox"/> 生活支援サービス3		
金		<input type="checkbox"/> 生活支援サービス1 <input type="checkbox"/> 生活支援サービス2 <input type="checkbox"/> 生活支援サービス3		
土		<input type="checkbox"/> 生活支援サービス1 <input type="checkbox"/> 生活支援サービス2 <input type="checkbox"/> 生活支援サービス3		
日		<input type="checkbox"/> 生活支援サービス1 <input type="checkbox"/> 生活支援サービス2 <input type="checkbox"/> 生活支援サービス3		
1週当たりの利用者負担額（見積もり）合計額				

(2) その他の費用

- ① 交通費の費用 有・無 有の場合 1回あたり () 円)
- ② 高熱水費 利用者の別途負担となります。

(3) 1ヵ月あたり(4週)の利用者自己負担額(利用料とその他の費用の合計)めやす。

利用者自己負担額のめやす	円
--------------	---

※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することもあります。

※この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月とします。

11 サービス利用開始日時及びキャンセルについて

(1) サービス利用開始日時

令和 年 月 日 () 時より開始

(2) キャンセルについて

予定しているサービスをキャンセルする場合は、訪問介護員等が訪問する3時間前までにご連絡をお願いします。ご連絡がない場合キャンセル料としてサービス内容に基づいた金額を請求する場合があります。ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。

上記内容について、利用者に対して重要事項説明を行いました。

重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
---------------	----------

事業者	所在地	大阪府和泉市和気町三丁目5番19号
	法人名	社会福祉法人 芳春会
	代表者名	理事長 老木 シナ子 印
	事業所名	ビオラ和泉ヘルパーステーション
	説明者氏名	印

事業者から重要事項内容の説明を受け契約を行います。

利用者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印