

介護予防・日常生活支援総合事業第 1 号訪問事業

重要事項説明書

当事業所は、ご利用者に対してサービスを提供させていただくに際し、「吹田市介護予防・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領」の規定に基づいて、契約を締結する前に、知っておいていただきたい当事業所の内容を説明させていただきます。

1. 訪問型サポートサービスを提供する事業者について

事業者名称	医療法人 協和会
主たる事務所の所在地	兵庫県川西市火打 1 丁目 7 番 13 号
代表者名	理事長 北川 透
設立年月日	昭和 57 年 8 月 24 日
電話番号	072-758-7223

2. ご利用者へサービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地など

事業所の名称	医療法人 協和会 協和ヘルパーステーション
施設の所在地	大阪府吹田市岸部北 1 丁目 24 番 2 号
開設年月	平成 28 年 9 月 1 日
介護保険事業所番号	2771606262
サービス提供実施地域	吹田市
電話番号	06-6339-3473
F A X 番号	06-6339-3474

(2) 事業の目的、運営方針

事業の目的	「日常生活上の基本動作がほぼ自立し、状態の維持・改善可能性の高い」軽度者の状態に即した自立支援「目標思考型」のサービスを推進する観点から、ご利用者ができる限り自ら家事等を行う事が出来るように支援することを目的とします。
運営の方針	本人が自力で家事等を行うことが困難な場合であって、家族や地域による支え合いや他の福祉施策などの代替サービスが利用できない場合において、ご利用者がその有する能力を最大限活用する事が出来るような方法によってサービスを提供するものとします。

(3) ご利用事業所の職員体制

職 種	従事する業務内容	人員
管 理 者	職員管理業務等	1名(常勤)
サービス提供責任者	サービス利用の受付と第1号訪問サービス計画の作成等	3名(常勤)
介 護 福 祉 士	第1号訪問事業(訪問型サポートサービス)の提供	4名(常勤) 1名(非常勤)
ホームヘルパー1級		0名(常勤) 1名(非常勤)
ホームヘルパー2級		1名(常勤) 0名(非常勤)

(4) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日 時	月曜日から日曜日 (12月30日から1月3日は除く) 午前8時30分から午後5時まで
---------	---

(5) サービス提供日時

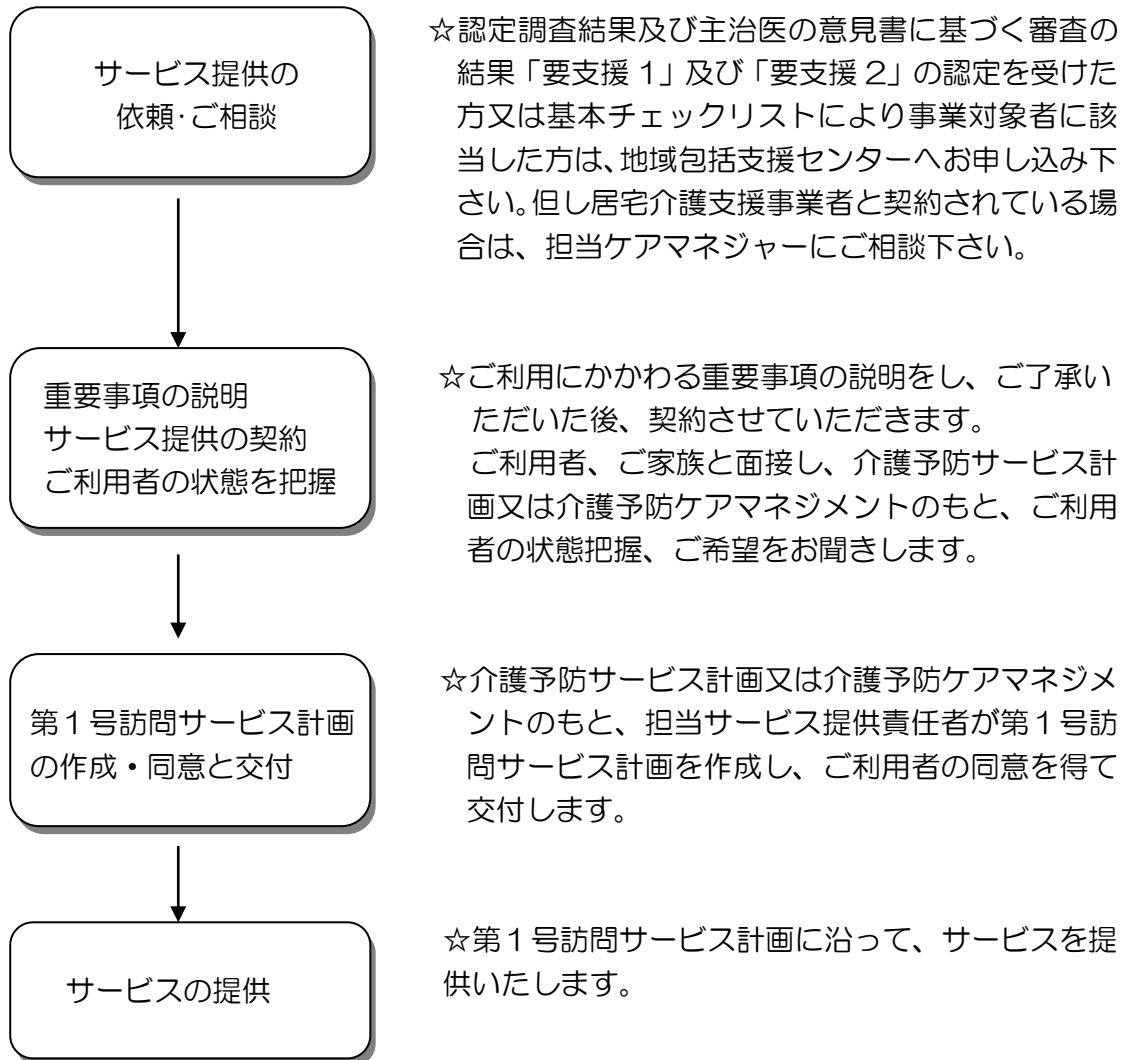
サービス提供日時	月曜日から日曜日 (12月30日から1月3日は除く) 午前8時30分から午後5時まで
----------	---

3. 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
食事介助	食事の介助を行います。
入浴介助	入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
排泄介助	排泄の介助、おむつの交換を行います。
特段の専門的配慮をもって行う調理	医師の指示に基づき、適切な栄養量及び内容を有する特別食（腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食等）の調理を行います。
更衣介助	上着、下着の行為の介助を行います。
身体整容	日常的な行為としての身体整容を行います。
体位変換	床ずれ予防のための、体位変換を行います。
移動・移乗介助	室内の移動、車いす等への移乗の介助を行います。
服薬介助	配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
起床・就寝介助	ベッドへの誘導、ベッドからの起き上がりの介助を行います。
生活支援のための見守りの援助	<ul style="list-style-type: none"> ● 利用者と一緒に手助けしながら行う調理（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）を行います。 ● 入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声かけ、気分の確認などを含む）を行います。 ● ベッドの出入り時など自立を促すための声かけ（声かけや見守り中心に必要な時だけ介助）を行います。 ● 移動時は、転倒しないようにそばについて歩きます。（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る。） ● 車いすでの移動介助を行って店に行き、利用者が自ら品物を選べるよう援助します。 ● 洗濯ものを一緒に干したりたたんだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声かけを行います。
買物	利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。
調理	利用者の食事の用意を行います。
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。

4. サービスの利用方法

(1) サービスの開始までの流れ（契約書第3条）



(2) サービスの終了（契約書第 19 条）

ご利用者は、事業所に対して、7日以上予告期間をもって通知することにより、予告期間満了日をもって契約は解除されます。

但し、ご利用者の病変、急な入院などやむを得ない事由がある場合は、契約終了希望日の1週間以内の通知でもこの契約を解除することが出来ます。

5. 利用料金（契約書第8条）

第1号訪問事業（訪問型サポートサービス）をご利用の場合は、原則として月単位の定額報酬の法令で定める割合がご利用者の自己負担額となります。（負担割合は負担割合証でご確認下さい。）したがって、第1号訪問サービス計画に定めた期日より少なかったり、多かった場合でも原則月単位の定額報酬とし、日割り計算は行いません。

但し月途中に①月途中から新規でサービス利用を開始もしくは終了した場合、②要介護から要支援に変更となった場合、③要支援から要介護に変更となった場合、④要支援区分が変更となった場合、⑤同一保険者管内での転居等により事業者を変更した場合は、日割り計算を行い報酬の法令で定める割合が自己負担額となります。

なお、保険対象外のご依頼に対しては、全額自己負担となります。（料金表別添）

（1）料金表（単位：円）

対象	利用頻度	要支援 1	要支援 2 事業対象者	基本料金	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
訪問型サービス (独自) 11 (1月につき)	週1回程度の 利用が必要な場合	○	○	12,747	1,275	2,550	3,825
訪問型サービス (独自) 12 (1月につき)	週2回程度の 利用が必要な場合	○	○	25,463	2,547	5,093	7,639
訪問型サービス (独自) 13 (1月につき)	訪問型サービス(独 自)12を超える 利用が必要な場合	×	○	40,400	4,040	8,080	12,120
訪問型サービス (独自) 21 (1回につき)	標準的な内容の 指定相当訪問型 サービスである 場合	○	○	3,111	312	623	934

※ 訪問型サービス21は計画書に理由が記載されている場合に限り、算定可。

※ 高齢者虐待防止措置が未実施の場合は、所定単位数の1/100に相当する単位数を減算

その他のサービス加算料金（単位：円）

項目	内容	基本料金	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
初回加算 (1月につき)	新規に個別サービス計画を作成したご利用者に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合	2,168	217	434	651

生活機能向上連携加算(I)	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、外部の介護予防通所リハビリテーション事業所等又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(原則200床未満)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士又は医師の助言(アセスメント・カンファレンス)を受ける体制を構築し、助言を受けた上でサービス提供責任者が生活機能向上を目的とした個別サービス計画を作成(変更)していること ・当該計画に基づく初回の訪問介護が行われた日の属する月に算定可 	1,084	109	217	326
生活機能向上連携加算(II)	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援・重度化防止に資する介護を推進するため、サービス提供責任者が外部の介護予防通所リハビリテーション事業所等の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士又は医療提供施設(原則200床未満)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師と利用者宅を訪問して行うリハビリテーションに同行し、共同して行ったアセスメント結果に基づき個別サービス計画を作成(変更)していること ・当該計画に基づく初回の訪問介護が行われた日の属する月から3ヶ月間、算定可 	2,168	217	434	651
口腔連携強化加算(1月に1回)	<p>利用者の同意を得て、口腔の健康状態の評価を行い、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、評価の結果を情報提供した場合(評価を行うにあたり歯科医療機関との相談体制が確保されている旨文書等で取り決められていること)</p>	542	55	109	163

- ① 吹田市の地域単価は、基本単価10円に対し、第1号訪問事業(訪問介護相当サービス)は10.84円です。
- ② 日割り計算方法は、定額報酬単位を30.4日で割り、四捨五入し1日単位を出し、契約期間日数と地域単価10.84円を掛けた金額です。
- ③ ご利用者には保険料などの滞納がある場合は、介護保険適用であっても一旦利用料は全額自己負担となります。当事業所はサービス提供証明書を発行いたします。
- ④ 介護職員の人材確保の推進に向け、処遇改善の為に賃金体系の整備・研修の実施・職場環境の改善等の取り組み、経験や知識・技能を持つ介護福祉士が30%以上配置されています。併せて令和8年6月より生産性向上・協働化に取り組む事業所として介護職員等処遇改善加算(I)□を取得しています。
- ⑤ 介護職員等処遇改善加算(I)□として当該加算を除く加減算後の総報酬単位数に、28.7%分を乗じる金額を負担割合証の割合に応じてご負担頂きます。

◇ 訪問介護相当サービスとして不適切な事例への対応について

(1) 次に掲げるように、訪問介護相当サービス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

- ・ ご利用者以外のものに係る洗濯、調理、買い物、布団干し
- ・ 主としてご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

訪問介護員がおこな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、床のワックスかけ
- ・ 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) 訪問型サポートサービス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又は市町村に連絡した上で、ご希望内容に応じて、市町村が実施する軽度生活援助事業、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。

(2) 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（第1号訪問サービス計画を作成する者）

氏名 _____（連絡先： _____）

② 提供予定の訪問型サポート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	サービス内容	介護保険 適用の有無	利用料	利用者 負担額
月	: ~ :			円	円
火	: ~ :			円	円
水	: ~ :			円	円
木	: ~ :			円	円
金	: ~ :			円	円
土	: ~ :			円	円
日	: ~ :			円	円
1 カ月当りの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額				円	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。）

(3) 料金の請求及びお支払方法 (契約書第 8 条)

利用料・その他費用の請求方法	<ul style="list-style-type: none"> 毎月 15 日前後の訪問日に当事業所の訪問介護員が前月分の請求書を持参いたします。
お支払い方法	<ul style="list-style-type: none"> 郵便局又は銀行による「自動引落とし」とさせていただいておりますので手続きをお願い致します。 <p><郵便局引落としの場合></p> <ul style="list-style-type: none"> 毎月 27 日に引落としさせていただきます。 27 日に引落としが出来ない場合は、翌月の 6 日に再引落としさせていただきます。 <p><銀行引落としの場合></p> <ul style="list-style-type: none"> 毎月 28 日に引落としさせていただきます。
	<ul style="list-style-type: none"> 現金にてお支払いの場合は、集金袋を用意いたしますので、おつりが無い様ご準備の上、請求月末日までにお支払い下さい。
領収書の発行	<ul style="list-style-type: none"> 「自動引落とし」の領収書は翌月の 10 日以降に発行致します。 「自動引落とし」領収日は引落とし完了日となります。
	<ul style="list-style-type: none"> お支払いを確認しましたら、領収書をお渡しします。再発行は致しかねますので必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。)

※利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用のお支払いについて、正当な理由が無いにもかかわらず、支払期日から 2 月以上遅延し、さらに支払い督促から 14 日以内にお支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第 9 条)

- ① 利用予定日の前に、ご利用者の都合により、介護予防訪問介護サービスの利用を中止または変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出てください。
- ② サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問介護員の稼働状況により利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

6. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス提供を行う訪問介護員

サービス契約時に、担当の訪問介護員を決定します。

但し、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

(2) 訪問介護員の交替（契約書第6条）

① ご利用者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。但し、ご利用者から特定の訪問介護員の指名はできません。

② 事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。

訪問介護員を交替する場合はご利用者及びそのご家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

(3) 介護保険被保険者証の確認

サービスの提供に先立ち、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間）を確認させていただきます。

被保険者の住所などに変更があった場合は、速やかに当事業者にお知らせ下さい。

(4) サービス実施時の留意事項（契約書第7条）

① 定められた業務以外の禁止

ご利用者は第1号訪問サービス計画に定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

② サービスの実施に関する指示・命令

事業者は、サービスの実施にあたってご利用者の事情・意向等に十分に配慮するものとし、サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。

③ 備品等の使用

サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

④ その他

ご利用者本院不在時のサービス提供は出来ません。

(5) 訪問介護員の禁止行為（契約書第 15 条）

訪問介護員は、ご利用者に対するサービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- | |
|--|
| ①医療行為
②ご利用者もしくはそのご家族等からの金銭又は物品の授受
③ご利用者のご家族等に対するサービスの提供
④ご利用者もしくはそのご家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
⑤飲酒及び喫煙
⑥ご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）
⑦身体的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ご利用者もしくはそのご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 |
|--|

7. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 有	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	有 ・ 無
	② 無		

8. 虐待の防止（契約書第 25 条）

事業者は、ご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 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
-------------	-----

- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 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。
- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

9. 緊急時の対応（契約書第12条）

サービスの提供中にご利用者の容態の変化等があった場合は、ご利用者の主治医、または事業所の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。

また、緊急連絡先に連絡するとともに、管理者に報告します。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じます。

協力医療機関	名 称	医療法人 協和会 協和会病院
	所 在 地	大阪府吹田市岸部北1丁目24番1号
	電 話 番 号	06-6339-3455
	診 療 科	内科・脳神経外科・整形外科・リウマチ科 消化器内科・泌尿器科・神経内科・循環器内科 外科・皮膚科・麻酔科・放射線科 リハビリテーション科・糖尿病内科 腎臓内科（人工透析）
	入 院 設 備	有

10. 事故発生時の対応（契約書第16条・17条）

(1) サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご利用者がお住まいの市区町村、ご家族、担当の地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して取った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の訪問型サポートサービスにより、ご利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

当事業者は、以下の内容で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	福祉事業者総合賠償責任保険
保障の概要	対人・人格権侵害・対物・管理受託物

(2) 飼育する動物に噛まれた（咬傷）場合の損害賠償請求

ご利用者が飼育する動物によって被害を受けたサービス従事者は、その飼い主に對して損害賠償請求（第三者行為にて請求）をいたします。サービス従事者による過失事故についてはこの限りではありません。

11. 守秘義務と個人情報の保護（契約書第14条）

<p>ご利用者及び そのご家族に 関する守秘義務</p>	<p>①事業者は、ご利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>②事業者、サービス従事者又は従業員は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びご家族等に関する事項を第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約の終了した後も継続します。</p>
<p>個人情報の保護及び 情報開示</p>	<p>①事業者は、ご利用者に医療上、緊急の必要がある場合またはサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でご利用者及びご家族の個人情報をを用いることができるものとします。</p> <p>②事業者は、ご利用者及びご家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）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。</p> <p>③事業者が管理する情報については、ご利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合はご利用者の負担となります。）</p>

12. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日からご利用者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の7日前までにご利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。（契約書第2条）

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第19条）

- ①ご利用者が死亡された場合
- ②要介護認定又は要支援認定等によりご利用者の心身の状況が要介護又は自立と判定された場合
- ③事業者が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④事業所の滅失や重大な毀損により、ご利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤当事業所が介護保険の指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- ⑥ご利用者から解約または契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

（1）ご利用者からの解約・契約解除の申し出（契約書第20条、第21条）

契約の有効期間であっても、ご利用者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までにお申し出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②ご利用者が入院された場合
- ③ご利用者に係る介護予防サービス計画又は介護予防ケアプランが変更された場合
- ④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ⑤事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥事業者もしくはサービス従事者が故意または過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第 22 条）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①ご利用者及びご利用者家族等が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご利用者及びご利用者家族等による、サービス利用料金の支払いが正当な理由が無いにも関わらず、支払い期日から3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご利用者及びご利用者家族等から、職員への著しい迷惑行為や違法行為により、職員の心身に危害が生じ、または生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生または再発を防止することが著しく困難である等により、利用者に対してサービス提供をすることが困難になった場合

(著しい迷惑行為・違法行為の一例) *違法行為については原則警察に通報をいたします。

身体的な攻撃(未遂を含む)

- ・ 殴る、蹴る、たたく、つねる、ひっかく、押し倒す、唾を吐く、ものを投げつける
- ・ 刃物等鋭利なものに向ける

精神的な攻撃

- ・ 命を脅かす発言や行動、威圧的な態度を用いた脅し
- ・ 怒鳴る、大声を発する、威圧的な態度で文句を言う、暴言を吐く
- ・ 職員を侮辱、誹謗中傷をする
- ・ 継続的、執拗な言動
- ・ 特定の職員に嫌がらせをする
- ・ 刺青を見せる

セクシャルハラスメント

- ・ 性的な発言やジェスチャー、不適切な身体接触、不必要に距離が近い
- ・ 下半身やヌード画像を見せる

ストーカー行為

- ・ 職員の後をつける、監視する、つきまとう、しつこく連絡を取る等の行為
- ・ 自宅の住所や電話番号を聞く

悪質なクレーム

- ・ 長時間の電話や対応
- ・ 土下座を要求する
- ・ インターネットにいわれのない、誹謗中傷の事業所評価を掲載する

職員のプライバシー侵害

- 許可なく職員の写真や動画撮影をする
- 許可なくインターネット上に職員の氏名や写真、動画等を投稿する

不法侵入

- 許可なく他人の敷地や建物に侵入する

薬物使用

- 違法薬物の使用や所持を含む行為

など

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第 19 条）

契約が終了する場合には、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

13. サービスに関する相談・要望・苦情申立（契約書第 24 条）

当事業所が提供した訪問型サポートサービスに関する相談・苦情は、事業所のご利用者相談窓口までご連絡下さい。速やかに対応いたします。

また、市区町村や国民健康保険団体連合会等にも相談窓口があります。

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

医療法人協和会 協和ヘルパーステーション	担当者 _____ (月曜日～金曜日) 午前8:30～午後5:00 TEL 06-6339-3473 FAX 06-6339-3474
-------------------------	--

(2) 行政機関その他苦情受付機関

吹田市南吹田 地域包括支援センター	【南吹田地域】泉町、金田町、西の庄町、穂波町 南金田、南吹田
	(月曜日～金曜日) 午前9:00～午後5:30 TEL 06-6155-5114 FAX 06-6155-5663 所在地 吹田市穂波町21-23-103
吹田市豊津・江坂 地域包括支援センター	【豊津・江坂地域】江坂町1～4丁目、江の木町 垂水町、豊津町、広芝町、芳野町
	(月曜日～金曜日) 午前9:00～午後5:30 TEL 06-6310-9705 FAX 06-6368-6005 所在地 吹田市江坂町4丁目20-1 エバークリーン内

吹田市片山 地域包括支援センター	【片山地域】片山町、原町2丁目、出口町、藤が丘町 朝日が丘町、山手町、上山手町、天道町
	(月曜日～金曜日) 午前9:00～午後5:30 TEL 06-6310-7112 FAX 06-6368-7115 所在地 吹田市山手町1-1-1 吹田特別養護老人ホーム 高寿園内
吹田市岸部 地域包括支援センター	【岸部地域】岸部北、岸部中、岸部南、岸部新町 芝田町、原町1,3,4丁目
	(月曜日～金曜日) 午前9:00～午後5:30 TEL 06-6310-8626 FAX 06-6310-8627 所在地 吹田市岸部北1-24-2 介護老人保健施設ウエルハウス協和内
吹田市千里山東・佐井寺 地域包括支援センター	【千里山東・佐井寺地域】千里山霧が丘、千里山星が丘 千里丘虹が丘、千里山月が丘、千里山松が丘 千里山高塚、千里山東竹谷町、佐井寺、佐井寺南が丘
	(月曜日～金曜日) 午前9:00～午後5:30 TEL 06-6386-5455 FAX 06-6386-5477 所在地 吹田市千里山高塚2-11
吹田市千里山西 地域包括支援センター	【千里山西地域】江坂町5丁目、春日、千里山竹園 千里山西、円山町
	(月曜日～金曜日) 午前9:00～午後5:30 TEL 06-6310-8060 FAX 06-6310-8561 所在地 吹田市千里山西1-41-15 コート千里山Ⅲ
吹田市吹一・吹六 地域包括支援センター (内本町地域保健福祉センター)	【吹一・吹六地域】朝日町、内本町、川岸町、寿町 清和園町、中の島町、西御旅町、東御旅町 南清和園町、元町
	(月曜日～金曜日) 午前9:00～午後5:30 TEL 06-6317-5461 FAX 06-6317-5469 所在地 吹田市内本町2-2-12 内本町コミュニティセンター内

吹田市吹三・東 地域包括支援センター	【吹三・東地域】川園町、幸町、昭和町、吹東町 末広町、高城町、高浜町、日の出町、平松町、南正雀、 南高浜町、目俵町
	(月曜日～金曜日) 午前9:00～午後5:30 TEL 06-4860-8338 FAX 06-4860-8233 所在地 吹田市幸町22-5 ハピネスさんあい内
吹田市山田 地域包括支援センター	【山田地域】 山田東2～4、山田西2～4、山田北
	(月曜日～金曜日) 午前9:00～午後5:30 TEL 06-6155-5089 FAX 06-6155-5527 所在地 吹田市山田東2-31-5 グループホームたんぼぼ内
吹田市亥の子谷 地域包括支援センター (亥の子谷地域保健福祉センター)	【亥の子谷地域】山田東1、山田西1、山田南、 五月が丘東、五月が丘西、五月が丘南、五月が丘北
	(月曜日～金曜日) 午前9:00～午後5:30 TEL 06-4864-8551 FAX 06-4864-8550 所在地 吹田市山田西1-26-20 亥の子谷コミュニティセンター内
吹田市千里丘 地域包括支援センター	【千里丘地域】檜切山、山田市場、尺谷、長野東 長野西、千里丘上、千里丘中、千里丘西、千里丘下、 千里丘北、新芦屋上、新芦屋下、清水、青葉丘南、 青葉丘北
	(月曜日～金曜日) 午前9:00～午後5:30 TEL 06-6876-5021 FAX 06-6875-5621 所在地 吹田市長野東12-32 ケア21千里丘内

吹田市桃山台・竹見台 地域包括支援センター	【桃山台・竹見台地域】津雲台 1、桃山台 竹見台
	(月曜日～金曜日) 午前9:00～午後5:30 TEL 06-6873-8870 FAX 06-6873-8871 所在地 吹田市津雲台 1-2-1 千里ニュータウンプラザ5階
吹田市佐竹台・高野台 地域包括支援センター	【佐竹台・高野台地域】佐竹台、高野台
	(月曜日～金曜日) 午前9:00～午後5:30 TEL 06-6871-2203 FAX 06-6871-2276 所在地 吹田市佐竹台 2-3-1 吹田特別養護老人ホーム 青藍荘内
吹田市古江台・青山台 地域包括支援センター	【古江台・青山台地域】青山台、古江台
	(月曜日～金曜日) 午前9:00～午後5:30 TEL 06-6872-0507 FAX 06-6872-0503 所在地 吹田市古江台 3-9-3 ケアハウスシャロン千里内
吹田市津雲台・藤白台 地域包括支援センター	【津雲台・藤白台地域】上山田、千里万博公園、 津雲台 2～7丁目、藤白台、山田丘
	(月曜日～金曜日) 午前9:00～午後5:30 TEL 06-7654-5350 FAX 06-7654-5267 所在地 吹田市津雲台 4-7-2 介護老人保健施設つくも内

吹田市福祉部 高齢福祉室 介護保険グループ	(月曜日～金曜日) 午前9:00～午後5:30 TEL 06-6384-1341 FAX 06-6368-7348 所在地 吹田市泉町1丁目3番40号
大阪府国民健康保険 団体連合会	(月曜日～金曜日) 午前9:00～午後5:00 TEL 06-6949-5418 所在地 大阪市中央区常盤町1丁目3番8号 中央大通 FNビル内

令和 年 月 日

第 1 号訪問事業（訪問型サポートサービス）の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者 所在地 大阪府吹田市岸部北 1 丁目 24 番 2 号

事業所 医療法人 協和会
協和ヘルパーステーション



氏 名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、内容に同意しました。

利用者 住 所 _____

氏 名 (署名) _____

上記代理人（代理人を選定した場合）

住 所 _____

氏 名 (署名) _____ (続柄: _____)

