

「（介護予防）訪問介護」 重要事項説明書

カトレア訪問看護ステーションは、利用者の心身の状況をふまえて要介護状態の軽減もしくは悪化の防止または、要介護状態になることの予防に資するよう、適切な日常生活上必要な援助を行います。

1 事業の概要

事業所名	カトレア訪問看護ステーション		
介護保険指定番号	2065290080		
所在地	神戸市西区南別府 2 丁目 15-12		
連絡先	TEL 078 - 974 - 1456 FAX 078 - 995 - 5196		
管理者連絡先 橋廣 美紀	TEL 078 - 974 - 1456 FAX 078 - 995 - 5196		
営業日 営業時間	受付時間	月～金曜日	9:00～17:00
	訪問介護 サービス提供時間	月～日曜日	8:00～18:00
休日	土曜日、日曜日、祝日、12月30日～1月3日 ※訪問介護サービスは365日提供するものとする。		
サービス提供 実施地域	明石市、神戸市西区、垂水区		

2 当事業所の法人概要

事業者名	医療法人社団 阿部医院
所在地	明石市朝霧町 3 丁目 15 番 12 号
連絡先(代表)	TEL 078 - 913-6370 FAX 078 - 914-9122
法人種別	医療法人
代表者	理事長 阿部 申次

3 事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

(介護予防)訪問介護は、介護保険法令に従い、ご利用者が居宅において、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、サービスを提供します。

(2) 運営の方針

事業所の従業者は、(要支援)要介護状態のご利用者に対し、その居宅において(要支援)要介護状態の維持・改善を図り、又は(要支援)要介護状態になることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう援助を行う。

(要支援)要介護状態のご利用者に対し、その居宅において、(要支援)要介護状態の軽減もしくは悪化の防止に資するよう日常生活上必要な援助を行う。

事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

4 当事業所の従業員

当事業所では、ご利用者に対して訪問介護サービス又は介護予防訪問サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	職務の内容	員数
管理者	従業員及び業務の管理を一元的に行う。	1名
サービス提供責任者	介護福祉士の資格を持つ者が、指定訪問介護利用の申し込みに関わる調整を行い、訪問介護計画の作成並びに利用者への説明を行い、サービス内容の管理を行う。	1名
訪問介護員	介護福祉士・実務者研修修了者・初任者研修修了者・ヘルパー1級・ヘルパー2級の資格を持つ者が訪問介護計画に基づき、日常生活に必要な指定訪問介護サービスを提供する。	2.5名以上 (常勤換算)

5 サービスの内容

(1) 身体介護

① 食事介助

配膳から下膳まで含め、食事の介助、見守りを行います。

② 入浴介助

浴室への誘導や見守り、入浴中の洗身等を行います。

③ 排せつ介助

おむつ交換、採尿器や差し込み便器の介助、トイレやポータブルトイレへの移動介助又は見守り、誘導を行います。

④ 清拭

身体を清潔に保つため、全身又は部分的に身体を拭きます。

⑤ 着脱介助

できる事はご自分で行えるように配慮しながら、衣類の着脱の介助を行います。

⑥ 整容介助

整髪などを行います。

⑦ 外出介助

買い物・通院(院内算定外あり)等の外出の介助を行います。

(2) 生活援助

① 買い物

日用品や食料品などの生活必需品の買い物を行います。買い物に伴う金銭管理には十分注意確認を得ながら行います。利用者宅から買い物に出かけることが原則です。

② 調理

食事の調理、配膳、食後の後片付け、食品の管理を行います。

③ 掃除

利用者が日常生活に使用している部屋、台所、トイレ、風呂場等の掃除、整理整頓等を行います。

④ 洗濯

日常的な衣類の洗濯、乾燥、取り込み、整理の他、専門的技術が必要なく短時間でできる範囲内のアイロンがけ、ボタン付けや衣類のほつれの修繕など行います。

⑤ 寝具の管理

布団干し、シーツの交換等を行います。

※同居家族がいる場合、共用部分の掃除など出来ない生活援助もあります。

(3) その他サービス

介護相談 等

6 利用料金

厚生労働大臣が定める基準によるものであり、当該(介護予防)訪問介護が法定代理受領サービスであるときは、介護保険法による介護報酬の告示上の額として設定します。

(1) 訪問介護の場合

援助内容	時間帯	利用料金 (介護保険負担割合 1割)				
		20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分 未満	1時間30分 以上 2時間未満
身体	8:00～18:00	177円	265円	420円	615円	704円
	6:00～8:00 18:00～22:00	222円	331円	525円	769円	880円
援助内容	時間帯	利用料金 (介護保険負担割合 1割)				
		45分未満	45分以上 1時間			
生活	8:00～18:00	194円	239円			
	6:00～8:00 18:00～22:00	243円	299円			

(2) 介護予防訪問サービスの場合

区分	利用料金 (介護保険負担割合 1割)	備考
訪問型独自サービスⅠ (要支援 1・要支援 2)	1,275円	週 1 回程度の利用
訪問型独自サービスⅡ (要支援 1・要支援 2)	2,547円	週 2 回程度の利用
訪問型独自サービスⅢ (要支援 2)	4,040円	週 2 回超の利用

※利用料金は介護保険負担額と基本料金の差額となるため 1円未満は切り上げになります。

上記サービスの利用料金のほかに、該当する場合のみ次の加算が適用されます。

① 初回加算

217 円（介護保険負担割合 1 割）

② 緊急時加算

109 円（介護保険負担割合 1 割）

※利用者負担割合は原則 1 割。但し一定の所得がある場合は 2 割又は 3 割となります。

※利用料金に介護職員処遇改善加算Ⅲ(20.7%)が加算されます。

※同一建物減算の対象となる場合は 10%減算されます。

※ご利用者が介護認定を受けていない場合は、サービス利用料金の全額を一旦お支払い頂きます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。（これを「償還払い」といいます。）

(3) 介護職員処遇改善加算について

介護の現場で働く介護職員の賃金改善を目的として、2012 年に導入された制度です。当事業所は「加算Ⅲ」です。サービス利用総単位数に 20.7%加算されます。

(4) その他の費用

交通費	買物時や薬の受け取り時など	ご利用者様の実費負担
	通院介助、買物同行など	ご利用者様の実費負担
	○同行するホームヘルパーの交通費もご負担していただきます。	
水道・ガス・光熱費	お客様のご自宅でサービス実施の為に水道・ガス等を利用した場合、その料金はご利用者様の 実費負担 となります。	
電話代	お客様のご自宅でサービス実施の為にやむを得ず電話を利用した場合、その料金はご利用者様の 実費負担 となります。	
コピー代	サービス実施記録等をコピーした場合、 ご利用者様の負担 となります。 (1 枚あたり 10 円)	

(5) キャンセル料

ご利用者様の都合により、予定していたサービスの利用を中止する場合、キャンセル料が必要となる場合があります。

ただし、病状の急変、急な入院等、やむを得ない事情がある場合はキャンセル料は徴収いたしません。

尚、1月4日のサービスを中止する場合は、12月29日までにご連絡下さい。

キャンセル受付時間	9:00～17:00
-----------	------------

	キャンセル料	(例) 身体介護 1時間の場合	(例) 生活援助 1時間の場合
前日の17:00までに 連絡があった場合	無料	—	—
前日の17:00までに 連絡が無かった場合	一律	2520円	2520円

7 利用者負担金の支払

前記(1)から(5)の料金・費用は1か月ごとに計算し、サービス提供の翌月20日頃に請求書を発行いたします。

口座自動振替でお支払いの方は、27日(土日祝日の場合は翌営業日)に口座振替させていただきます。

8 苦情相談窓口

(1) 当事業所における苦情・相談の受付

○苦情受付窓口(担当者)

[職名] 管理者 橋廣 美紀

○受付時間

毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

緊急の場合はこの限りではありません。

11 ハラスメントについて

事業所は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組む。

- (1) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しない。
 - ① 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
 - ② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - ③ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為
- 上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となる。
- (2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討する。
- (3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施する。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努める。
- (4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じる。

12 虐待防止について

事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じる。

- (1) 事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行う。
- (2) 当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報する。
- (3) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図る。
- (4) 事業所は次の通り虐待防止責任者を定める。 役職：管理者 氏名：橋廣 美紀

13 感染症対策について

事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じる。

- (1) 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行う。
- (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る。
- (3) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底している。
- (4) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備している。
- (5) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

14 業務継続に向けた取り組みについて

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じる。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施する。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行う。

15 記録の保管

事業所は、(介護予防)訪問介護の実施ごとに、サービス実施記録を作成し、その完結の日から5年間保管します。ご利用者及びご家族は、前項の記録を閲覧することが出来ると共にその複写物の交付を受けることができます。(有料)

16 緊急時の対応

サービス提供時にご利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医又は協力医療機関に連絡等をとるなど必要な措置を講じます。

17 損害賠償について

当事業者に過失責任がある事故や損害などについては、誠意をもって対応いたします。
当事業者は損害賠償保険に加入しており、当事業者に過失責任がある場合は賠償いたします。

18 サービスの利用に当たっての留意事項

- (1) ご利用者又はそのご家族は、体調の変化があった際には事業所の従業員にご一報下さい。
- (2) 事業所では、原則としてご利用者宅の鍵のお預かりはいたしません。鍵の取り扱いについては、ご利用者又はそのご家族とご相談させていただきます。
- (3) 従業員に対する贈物や飲食のもてなしは、お受けできません。

19 利用者側の禁止事項

利用者に以下の事由があったときは、事業者は本契約を解除することができる。

- (1) 利用料を2か月以上滞納し、督促を受けても支払わないとき。
- (2) 事業者のサービス従事者に対して以下の行為を行い、警告を受けた後もこれを中止しなかったとき。
 - ① つねる、叩く、殴るなど身体に向けられた暴力行為
 - ② 怒鳴る、脅す、威圧するなどにより精神的圧迫を加える行為
 - ③ 体を触る、触らせるその他サービス従事者に向けて卑猥な言動をとるセクハラ行為
 - ④ 誹謗中傷その他業務と無関係にサービス従事者の人格を攻撃する行為
 - ⑤ 計画にないサービスあるいはサービス外の労働を強要する行為
 - ⑥ 事業所内規違反となる業務中の飲食、金銭の受託等を強要する行為
 - ⑦ その他サービス従事者が平穩に業務を行うことを困難にさせる行為

(介護予防)訪問介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

〈事業者〉

所在地 神戸市西区南別府 2 丁目 15-12

事業所名 カトレア訪問看護ステーション
(事業所番号 2865290080)

説明者 _____ (印)

私は、本書面（及び付属別紙）により事業者から重要事項の説明を受けました。

〈利用者〉

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

〈代理人〉

住 所 _____

氏 名 _____ (印)
(続柄)