

訪問介護重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています
(兵庫県指定第2873101915号)

スーパー・コート川西加茂訪問介護事業所

◇◆目次◆◇

1. 事業者
 2. 当事業所の概要
 3. 訪問介護の内容と利用料金等
 4. 利用料金、その他の費用の請求および支払方法について
 5. 利用料金以外のご負担について
 6. 事業者の記録作成・交付について
 7. 虐待防止について
 8. 秘密の保持と個人情報の保護について
 9. 損害賠償について
 10. 契約の終了について
 11. 当事業所介護に関する相談・苦情について
 12. 緊急時（事故発生時）の対応について
 13. 日常的金銭管理・財産管理への対応について
- 介護職員処遇改善加算の算定要件

最終ページにご署名・ご捺印をお願いいたします

訪問介護重要事項説明書

当事業所は利用者に対して訪問介護サービスを提供します。事業所の内容や提供されるサービスの内容、契約上注意していただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

事業者名称	株式会社 スーパー・コート
代表者氏名	代表取締役 山本 晃嘉
法人所在地	大 阪 市 西 区 西 本 町 1 丁 目 7 番 7 号 TEL 06-6543-2291 FAX 06-6541-9004

2. 当事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	スーパー・コート川西加茂訪問介護事業所
介護保険指定事業者番号	兵庫県指定第2873101915号
管理者氏名	島本 光司
事業所所在地	兵庫県川西市南花屋敷1丁目5番11号101 TEL 072-757-5540 FAX 072-757-5541
事業実施地域	兵庫県川西市

(2) 事業の目的および運営方針

・事業の目的

要介護状態となった利用者が、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、訪問介護計画に基づき、身体介護・生活援助その他の日常生活全般にわたる援助を行うことにより、利用者の心身の機能の維持ならびに利用者の家族等の身体的、精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

・運営方針

利用者の意思および人格を尊重し、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および福祉サービス事業者、地域との連携に努め、懇切丁寧なサービスを提供する。また、常に介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行う。

(3) 事業所の営業日と営業時間

・営業日 月曜日～日曜日

・営業時間 午前9時00分～午後6時00分

上記の営業日・営業時間のほか、電話等により24時間常時連絡が可能な体制とする。

また、利用者の希望によりサービス提供も行います。

(4) 事業所の職員体制

	常勤	非常勤	氏名	業務内容
管理者	1 人	—	島本 光司	事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行う。
サービス 提供責任者	1 人	0 人	島本 光司	指定訪問介護の利用申し込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、指定訪問介護の提供に当る。
訪問介護員	人	33 人	—	指定訪問介護の提供に当たる。

< 訪問介護員の資格内訳 >

	資 格	常勤	非常勤	合計
訪問 介護員	介護福祉士	人	14 人	14 人
	実務者研修	人	4 人	4 人
	介護職員初任者研修	人	15 人	15 人

- 1 訪問介護員は、介護福祉士、実務者研修または介護職員初任者研修を修了したものです。
- 2 介護福祉士は、身体上・精神上の障害により日常生活を営むのに支障のある人の介護を行ったり、また家族介護者等に介護に関する指導を行います。
- 3 訪問介護員は、常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでも提示を求めることができます。

3. 訪問介護の内容と利用料金等

・訪問介護の内容

具体的には下記のようなサービスを提供します。

サービス区分と種類		サ ー ビ ス の 内 容
訪問介護計画の作成		利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた訪問介護計画を作成します。
身 体 介 護	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（腎臓食、肝臓食、糖尿食、胃潰瘍食、貧血食、脾臓食、高脂血症食、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、下着の更衣の介助を行います。
	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、車いすへ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。
	自立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、疲労の確認を含みます。）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みます。）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。 ○ 排泄等の際の移動時、転倒しないように側について歩きます。（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る） ○ 車イス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。 ○ 洗濯物をいっしょ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。
生 活 援 助	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。

次のサービスは（原則として）介護保険では提供できません。

ご利用者本人以外の洗濯・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、食事の手配など）

話し相手のみ・留守番

自家用車の洗車・清掃

草むしり、花木の水やり

ペットの世話（犬の散歩など）

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、床のワックス掛け

室内外家屋の修理、ペンキ塗り

園芸（植木の剪定など）

特別な手間をかけて行う料理（おせち料理など）

身体介護	生活援助	身体生活
基本単位（提供時間）	基本単位（提供時間）	基本単位（提供時間）
1 6 3 (20 分未満)		
2 4 4 (20 分以上 30 分未満)	1 7 9 (20 分以上 45 分未満)	3 0 9 (身体 20 分以上 30 分未満) (生活 20 分以上 45 分未満)
3 8 7 (30 分以上 60 分未満)	2 2 0 (45 分以上)	3 7 4 (身体 20 分以上 30 分未満) (生活 45 分以上 70 分未満)
5 6 7 (60 分以上 90 分未満)		4 3 9 (身体 20 分以上 30 分未満) (生活 70 分以上)
8 2 (以降 30 分増す毎に)		

* 単位数×10.70 円（5 級地）となります。

*（介護報酬の告示上の額）の 10%負担となります。

*「介護職員処遇改善加算Ⅱ（22.4%）」が加算されます。

『（月間合計単位×1.224×10.70）×介護保険負担割合証に記載されている負担割合＝利用者負担額』となります。

* 介護給付費の計算は 1 ヶ月単位で行いますので、端数処理の関係で上記の金額とは円単位の誤差が生じることがございます。ご了承下さいませ。

* 2 人の訪問介護員が共同でサービスを行う場合は、
ご利用者の同意の上で通常の利用料金の 2 倍の料金を頂戴いたします。

※ 2 人の訪問介護員が共同でサービスを行う例

A. 体重の重い方に対する入浴介助等の重介護サービスを行う場合

B. 暴力行為等が見られる方のサービスを行う場合

C. その他ご利用者の状況等から、適当と認められる場合

- ＊ 通常の時間帯以外の時間帯でサービスを行う場合には、次の割合で支給限度額の範囲内であれば、介護保険給付の対象となります。

提供時間帯	早朝	夜間	深夜
時間帯	午前 6 時から 午前 8 時まで	午後 6 時から 午後 10 時まで	午後 10 時から 午前 6 時まで
加算割合	25%	25%	50%

- ＊ 通常の実施地域内（兵庫県川西市）での交通費は無料です。ただし、通常の事業実施地域を越えて行う事業に要する交通費は、公共交通機関を利用した場合はその実費を自動車を使用した場合の交通費は下記の金額を徴収いたします。

- ・ 事業所から片道 5 キロメートル未満 無料
- ・ 事業所から片道 5 キロメートル以上 10 キロメートル未満 500 円
- ・ 事業所から片道 10 キロメートル以上 1000 円

・利用料金

サービス利用料金については介護法報酬の公示上の金額とします。

訪問介護にかかるサービス利用料金等については、当該サービスが介護保険給付の適用となる場合、利用者は所定の利用料金から介護保険給付額を差し引いた金額（利用者負担額）を支払うものとします。ただし、利用者がいまだ要介護認定を受けていない場合および居宅サービス計画が作成されていない場合などで、法定代理受領ができない場合には、利用者は利用料金等の全額を事業者に対し、いったん支払うものとします。

内容	サービス時間	単位数	回数（週）	回数（月）	合計単位
身体介護					
生活援助					
身体生活					

要介護認定前・ケアプラン作成前にサービスを利用した場合は以下ようになります。

- ①ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただき、要支援または要介護の認定を受けたあと、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（「償還払い」といいます）。ただし、「暫定ケアプラン（暫定居宅サービス計画）」が作成されている場合は、現物給付となります。
- ②要介護認定前にサービスを提供した場合には要介護認定後にサービス内容を見直します。
- ③認定が「自立」の場合には、全額自己負担となります。
- ④要支援または要介護の認定を受けていても、「ケアプラン（居宅サービス計画）」が作成されていない場合は償還払いとなり、一旦全額料金をお支払いいただきます。
- ⑤償還払いの場合は、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した証明書を交付します。
- ⑥認定結果によって、利用限度額を超えた場合は、その越えた分をご負担していただくことになります。

4. 利用料金等の請求および支払方法について（契約書第7条）

- ・利用料金、その他の費用の請求

利用料金、その他の費用は1ヶ月ごとに計算し、請求します。

請求書は、利用明細を添えて利用のあった月の翌月15日までにお届けします。

- ・利用料金、その他の費用の支払い

利用料金、その他の費用の支払いは、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ください。

- ① 現金による支払い

当事業所窓口にてお支払いください。

- ② 事業者指定口座への振り込み

三菱UFJ銀行信濃橋支店 普通預金1142718

口座名義 株式会社スーパー・コート

※振込手数料は別途ご負担ください。

- ③ 金融機関自動払い込み利用による支払い

- ・介護保険からの給付額に変更のあった場合、変更された額にあわせてご利用者の負担額を変更いたします。

- ・サービス利用を中止する場合、キャンセル料は不要です。
介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、
サービス利用料金の全額がご利用者のご負担となります。

5. 利用料以外のご負担のお願い

- ・水道代・ガス代、ご利用者の自宅で電話を利用した場合の電話代等は
ご利用者のご負担となります。
- ・家事または介護サービスを提供するために必要不可欠な品物については
ご利用者に準備していただきます。

6. 事業者の記録作成・交付について（契約書第11条）

利用者は、事業者が作成した利用者の訪問介護サービスの提供内容に関する記録を閲覧し
またその複写物の交付を請求することができます（その際には実費をご負担ください）。

7. 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の為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等、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勞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。

8. 秘密の保持と個人情報の保護について（契約書第 12 条）

・利用者およびその家族等に関する秘密の保持

事業者およびサービス従事者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約が終了した後も継続します。

・個人情報の保護

事業者およびサービス従事者は、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等において、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等において、当該家族の個人情報を用いません。事業者は、利用者およ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、また処分の際も第三者への漏洩を防止しなければならない。

9. 損害賠償について（契約書第 14 条）

事業者の責任により利用者に生じた損害については事業者は速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

（株式会社損害保険ジャパン 賠償責任保険 に加入済）

ただし、その損害の発生について、利用者に故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償義務を減免する場合があります。

10. 契約の終了について（契約書第 2 条・第 15 条～第 17 条）

本契約の有効期間は、契約締結の日から 3 ヶ月間ですが、契約期間満了の 2 日前までに利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約はさらに同じ条件で更新され、以降も同様とします。

1 1. 当事業所介護に関する相談・苦情について（契約書第 21 条）

事業者は、自ら提供した訪問介護サービスに対する利用者の要望、苦情等に対して、迅速かつ適切に対応します。

当事業所に対する相談・苦情は以下の窓口で受け付けます。

スーパー・コート川西加茂 訪問介護事業所	所在地 兵庫県川西市南花屋敷 1 丁目 5 番 1 1 号 101 TEL 072-757-5540 FAX 072-757-5541 営業日 月曜日～日曜日 時 間 午前 9 時 0 0 分～午後 6 時 0 0 分
川西市健康福祉部 長寿・介護保険課	所在地 兵庫県川西市中央町 12 番 1 号市役所 1 階 TEL 072-740-1174 FAX 072-740-1311 営業日 月曜日～金曜日（祝祭日・年末年始を除く） 時 間 午前 9 時 0 0 分～午後 5 時 0 0 分
兵庫県国民健康保険団体連合会	所在地 神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番 1 号 1801 TEL 078-332-5617 FAX 078-332-5650 営業日 月曜日～金曜日 （祝祭日・12 月 29 日～1 月 3 日を除く） 時 間 午前 8 時 4 5 分～午後 5 時 1 5 分

（註）川西市健康福祉部介護保険課につきましては、川西市に住所を有する方が対象となります。
川西市以外に住所を有する方は住所地の市・区役所が窓口となります。

1 2. 緊急時（事故発生時）の対応について（契約書第 24 条）

事業者は、現に訪問介護の提供を行っている時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、速やかに主治医の医師等及び予め指定する緊急連絡先に連絡を取り救急治療もしくは救急入院等に必要な措置を講じます。

1 3. 日常的金銭管理・財産管理への対応

当事業所は、ご利用者にサービスを提供する際に付随した日常的金銭管理や財産管理については、生活援助として行う買い物等に伴う少額の金銭の管理以外は、取り扱い致しません。

14. 加算について

＜初回加算＞ 200 単位

※算定要件

指定訪問介護事業所において、新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、サービス提供責任者が初回若しくは初回の指定訪問介護を行った日の属する月に指定訪問介護を行った場合、又は当該指定訪問介護事業所のその他の訪問介護員等が初回若しくは初回の指定訪問介護を行った日の属する月に指定訪問介護を行った際にサービス提供責任者が同行した場合は、1月につき所定単位数を加算する。

＜介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定要件＞

介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、例外的かつ経過的な取り扱いとして創設される加算。

＜介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）（Ⅱ）の算定要件＞

介護職員処遇改善交付金相当分を介護報酬に円滑に移行するために、例外的かつ経過的な取り扱いとして創設される加算。

＜介護職員等ベースアップ等支援加算＞

介護職員等の更なる処遇改善を進めるための加算

＜生活機能向上連携加算（Ⅰ）＞（100 単位）

※算定要件

・訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設（原則として許可病床数200床未満のものに限る。）の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、医師からの助言（アセスメント・カンファレンス）を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成（変更）すること。

・当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又は ICT を活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で、助言を行うこと。

年 月 日

訪問介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者

住 所 大阪市西区西本町1丁目7番7号

事業者名 株式会社 スーパー・コート

代表者名 代表取締役 山本 晃嘉

事業所

所在地 兵庫県川西市南花屋敷1丁目5番11号101

事業所名 スーパー・コート川西加茂訪問介護事業所

管理者名 島本 光司

説明者名 (自署) _____ 印

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ました。

利用者

住 所 _____

氏 名(自署) _____ 印

自署が無理な場合の代筆者名 _____

家族

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

緊急連絡先

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 _____)

連絡番号 _____ (_____)

裏面に割印の押印をお願いいたします

