

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
(大阪府指定第 2771605199 号)

スーパー・コート吹田訪問介護事業所

◇◆目次◆◇

1. 事業者
2. 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. 事業者の記録作成・交付について
6. 身体拘束等の原則禁止について
7. 虐待防止について
8. 衛生管理について
9. 秘密の保持と個人情報の保護について
10. 損害賠償について
 11. 契約の終了について
 12. 緊急時（事故発生時）の対応
 13. 事業所介護に関する相談・苦情について
 14. その他運営に関する重要事項
- 介護職員処遇改善加算について
- 初回加算について

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. 事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	スーパー・コート吹田訪問介護事業所
介護保険指定事業者番号	大阪府指定第 2771605199 号
事業所所在地	大阪府吹田市山手町4丁目14-6 山手式番館 101号室
連絡先	TEL:06-6310-4852 FAX:06-6310-4853
相談担当者	管理者 吉原 愛海
事業実施地域	吹田市・豊中市

(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、豊中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 サービス提供日と提供時間

・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

- ・事業所の管理者 1名 (常勤) 吉原 愛海
- ・サービス提供責任者 2名 (常勤)
- ・訪問介護員 0名 (常勤)・75名 (非常勤) (状況に応じ増員あり)

3. 訪問介護の内容と利用料金等

①訪問介護の内容

サービス区分と種類	サービスの内容
訪問介護計画書の作成	利用者に係わ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書を作成します。
身体介護	食事介助
	食事の介助を行ないます。
	排泄介助
	トイレ誘導、パット交換、陰洗・清拭等を行います。寝ていらっしゃる時はベッド上でのパット交換、陰洗・清拭等を行います。
	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。
	更衣介助
	上着・下着の更衣の介助を行います。
	身体整容
自立支援	日常的な行為としての身体整容を行います。
	体位変換
	褥瘡予防のための、体位変換を行います。
	移動・移乗介助
	室内の移動、車椅子等への移乗の介助を行ないます。
	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
	起床時、就寝時の声掛け等を行います。
その他必要な介助	・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。
自立生活支援のための見守り的援助	・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で必要な時だけ介助。）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。（保護は必要時だけで、事故がないように常に見守る。）
	・車椅子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。
	・洗濯物と一緒に干したり、畳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。
	外出介助などを行います。

生活援助	生活必需品の買物	利用者の日常生活に必要な物品の買物を行います。
	調理	利用者の食事の用意を行います。
	住居等の清掃・整理整頓	利用者の居室の清掃や整理整頓を行います。
	衣類の洗濯・補修	利用者の衣類等の洗濯、補修を行います。
通院等のための乗車又は降車の補助		通院等に際して、訪問介護員等が運転する自動車への移動・移乗の介助を行います。（移送に係わる運賃は別途必要になります。）

②基本報酬単位

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）
163 (20分未満)		
244 (20分以上30分未満)	179 (20分以上45分未満)	309 (身体20分以上30分未満) (生活20分以上45分未満)
387 (30分以上60分未満)	220 (45分以上)	374 (身体20分以上30分未満) (生活45分以上70分未満)
567 (60分以上90分未満)		439 (身体20分以上30分未満) (生活70分以上)
82 (以降30分増ず毎に)		

* 早朝（6時～8時）及び夜間（18時～22時）は、上記単位に25%加算されます。

* 深夜（22時～翌6時）は、上記単位に50%加算されます。

* 訪問介護員2名でのサービス提供時は、上記単位の200%算定されます。

* 単位数×10.84円（4級地）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×1.224×10.84）×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』

* 新規の利用者へサービス提供した場合「初回加算（200単位）」が加算されます。

・利用料金

サービス利用料金については介護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。但し、利用者が未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、一旦支払うものとします。

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

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20日までに発送します。

・利用料金、その他の費用の支払い

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

三菱東京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

5. 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）。

6. 身体拘束等の原則禁止について

事業所は、サービス提供にあたっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体保護をするため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。

又、やむを得ず前項の身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記載します。

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組める環境の整備に努めます。

8. 衛生管理について

事業者は訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めます。

9. 秘密の保持と個人情報の保護について

- ・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

① 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。

② 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。

また、退職後もこれを守秘します。

10. 損害賠償について

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。

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。

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	三井住友海上火災保険株式会社
保険名	賠償責任保険
補償の概要	対人・対物支払限度額（1名・1事故） 1億円

11. 契約の終了について

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。

12. 緊急時（事故発生時）の対応について

- ① 事業者は、訪問介護サービスの提供を行っている時に利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じるとともに、管理者に報告します。

また、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。

- ② 訪問介護サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村や利用者の家族、利用者に係る訪問介護事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- ③ 利用者に対する訪問介護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うものとする

1.3. 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 吹田訪問介護事業所 管理者 吉原 愛海	所在地 吹田市山手町4丁目4-14-6-101 TEL:06-6310-4852 FAX:06-6310-4853 営業日 月曜日～日曜日（年中無休） 時間 午前9時00分～午後6時00分
吹田市役所 福祉部 高齢福祉室 介護保険担当	所在地 吹田市泉町1-3-40 低層棟1F・仮設棟2F TEL:06-6384-1343 FAX:06-6384-7348 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00分～午後5時30分
豊中市役所 福祉部 長寿社会政策課	所在地 豊中市中桜塚3-1-1 第二庁舎3F TEL:06-6858-2837 FAX:06-6858-3146 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00分～午後5時30分
大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 大阪市中央区常盤町1-3-8 中央大通りF Nビル内 TEL:06-6949-5418 FAX:06-6949-5417 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00分～午後5時00分

（註）上記以外の市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 4. その他運営に関する重要事項

- ① 事業所は、福祉サービス第三者評価を受審しておりません。
- ② 事業所は、指定訪問介護に関する指定居宅サービス等基準条例施行規則で定める記録を整備し、指定居宅サービス等基準条例施行規則で定める日から5年間保存するものとする。

<介護職員等処遇改善加算（II）> 所定単位数の 224/1000 加算

介護事業所で働く職員の賃金向上や職場環境の改善などを目的とした加算。

<初回加算> 200 単位

新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回に実施した指定訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら指定訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が指定訪問介護を行う際に同行訪問した場合に加算。

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　　大阪府吹田市山手4丁目14-6 山手式番館 101号室
業所名　　スーパー・コート吹田訪問介護事業所
管理者名　吉原　愛海
説明者名　_____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。