

## 「指定介護予防訪問介護」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。  
(広島県指定 第 3470106208 号)

当事業所はご契約者に対して訪問型サービス訪問介護（現行相当型）を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要支援認定の結果「要支援」と認定された方が対象となります。要支援認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

### ◆◆目次◆◆

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の体制	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	2
6. サービスの利用に関する留意事項	6
7. 苦情の受付について	8

### 1. 事業者

- (1) 法人名 医療法人社団 聖愛会
- (2) 法人所在地 広島市東区牛田本町3丁目6-4
- (3) 電話番号 082-223-3000
- (4) 代表者氏名 理事長 島筒 和史
- (5) 設立年月 昭和53年2月14日

### 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定介護予防訪問介護事業所  
平成21年4月1日指定 広島県 3470106208号
- (2) 事業の目的 要支援状態にある高齢者に対して適正な訪問介護等を提供する
- (3) 事業所の名称 牛田クリニックヘルパーステーション

(4) 事業所の所在地 広島市東区牛田本町3丁目6-4

(5) 電話番号 082-223-3116

(6) 管理者 氏名 浦田 貴子

(7) 当事業所の運営方針 運営規程参照

(8) 開設年月 平成21年4月1日

(9) 事業所が行っている他の業務

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

[訪問介護] 平成21年4月1日指定 広島県 3470106208号

### 3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域 広島市東区、中区

(2) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休		
受付時間	月～金	9時～18時	土・日・祝日 9時～18時
サービス提供時間帯	365日 24時間		

### 4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して指定介護予防訪問介護サービス及び指定訪問介護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。(令和元年10月1日現在)

<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	常勤	非常勤	常勤換算
1. 事業所長(管理者)	1		0.75
2. サービス提供責任者	2		1.75
3. 訪問介護員		6	7.15
(1)介護福祉士		3	4.45
(2)介護職員基礎研修 (ヘルパー1級)課程修了者		1	0.9
(3)介護職員初任者研修 (ヘルパー2級)課程修了者		2	1.8

### 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者のご家庭に訪問し、サービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- |   |
|---|
| (1) 利用料金が介護保険から給付される場合<br>(2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合 |
|---|

があります。

### (1) 介護保険の給付の対象となるサービス

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割又は8割）が介護保険から給付されます。

#### <サービスの概要と利用料金>

##### ○身体介護

入浴・排せつ・食事等の介護を行います。

##### ○生活援助

調理・洗濯・掃除・買い物等日常生活上の支援を行います。

※上記のサービスは、例えばご契約者が行う調理を訪問介護員が見守りながら一緒に行うなど、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によって行います。

支給区分	1週間あたりのサービス提供回数
I	おおむね1回
II	おおむね2回
III	おおむね3回以上

☆ ご契約者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日、時間等は、介護予防サービス計画（ケアプラン）がある場合には、それを踏まえた介護予防訪問介護計画に定められます。ただし、契約者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。

#### ① 身体介護

##### ○入浴介助

…入浴の介助又は、入浴が困難な方は体を拭く（清拭）などします。

##### ○排せつ介助

…排せつの介助、おむつ交換を行います。

##### ○食事介助

…食事の介助を行います。

##### ○体位変換

…体位の変換を行います。

#### ② 生活援助

介護予防訪問介護サービスは、自立支援の観点から、利用者ができる限り自ら家事等を行うことができるように支援することを目的としています。

そのため、下記のサービスは、例えばご契約者が行う調理を訪問介護員が見守りながら一緒に行うなど、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によって行います。なお、当事業所では訪問型サービス（現行型）の生活援助は身

体介護との組み合わせでのみ行います。

○調理

…利用者の食事の用意を行います。（ご家族分の調理は行いません。）

○洗濯

…利用者の衣類等の洗濯を行います。（ご家族分の洗濯は行いません。）

○掃除

…利用者の居室の掃除を行います。（ご利用者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除は行いません。）

○買い物

…利用者の日常生活に必要な物品の買い物をを行います。（預金・貯金の引き出しや預け入れは行いません。）

<サービス利用料金>

利用料金は1ヶ月ごとの定額制です。介護予防サービス計画において位置づけられた支給区分によって次のとおりとなります。

契約者の体調不良や状態の改善等により介護予防訪問介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合、又は介護予防訪問介護計画に定めた期日よりも多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はしません。

1 割負担の料金

支給区分	I (おおむね週1回)	II (おおむね週2回)	III (おおむね週3回以上)
1. 利用料金	1 1 2 8 8 円	2 2 5 5 5 円	3 5 7 8 0 円
2. うち、介護保険から給付される額	1 0 1 5 9 円	2 0 2 9 9 円	3 2 2 0 2 円
3. サービス利用にかかる自己負担額(1-2)	1 1 2 9 円	2 2 5 6 円	3 5 7 8 円

(2割負担の方は自己負担額が2倍になります。)

月ごとの定額制ですが、以下の理由で月の途中から利用を開始したり月の途中で終了した場合、契約日又は契約解除日を持って日割り計算をいたします。

- 一 月途中で要介護から要支援に変更となった場合
- 二 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
- 三 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

☆ 月途中で要支援度が変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基

づいて利用料を計算します。

☆同一の建物内への訪問予防介護の場合は、料金は90% (100分の90単位)になります。

☆ご契約者がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、介護予防サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約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「サービス提供証明書」を交付します。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

## (2) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

### 介護保険給付の支給限度額を超える介護予防訪問介護サービスの利用

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契約者の負担となります。

☆経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

## (3) 交通費

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、1キロメートルあたり20円をいただきます。

#### (4) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までにお支払い下さい。

原則、自動振替とします

\*やむを得ない場合は、銀行振り込みも対応いたします。

広島銀行 牛田支店 普通預金 3063317

#### (5) 利用の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加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下さい。

○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契約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契約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

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。

ただし、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

##### ①ご契約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切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。ただし、ご契約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契約者及びその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) サービス実施時の留意事項

#### ①定められた業務以外の禁止

契約者は「5. 当事業所が提供するサービス」で定められたサービス以外の業務を事業者へ依頼することはできません。

#### ②介護予防訪問介護サービスの実施に関する指示・命令

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。但し、事業者はサービスの実施にあたって契約者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

#### 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) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、ご契約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。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① 医療行為</li><li>② ご契約者もしくはその家族等からの金銭又は高価な物品の授受</li><li>③ ご契約者の家族等に対するサービスの提供</li><li>④ 飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙</li><li>⑤ ご契約者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動</li><li>⑥ その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為</li></ul> |
|--|

### (5) サービス提供責任者

サービス提供責任者は利用者からのサービス利用申込みに関する調整や介護予防訪問介護計画の作成などはじめ、次のような業務を担当します。利用にあたって疑問点やご心配な点があったりサービス内容を変更したい時には、サービス提供責任者にお気軽にお尋ねください。訪問介護員に直接お話しくださってもかまいません。

<サービス提供責任者の業務>

- ① サービスの利用の申込みに関する調整
- ② 利用者の状態の変化やサービスに関する意向の定期的な把握
- ③ 介護予防支援事業者等との連携（サービス担当者会議への出席など）
- ④ 訪問介護員への援助目標、援助内容に関する指示
- ⑤ 訪問介護員の業務の実施状況の把握
- ⑥ 訪問介護員の業務管理
- ⑦ 訪問介護員の研修、技術指導
- ⑧ その他サービスの内容の管理に関する必要な業務

## 7. 苦情の受付について

### (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。

○苦情受付窓口（担当者）

管理者 浦田 貴子

○受付時間 毎週月曜日～土曜日

9：00～18：00

## 8. 事故発生時の対応について

サービス提供時に事故が発生した場合は、別紙にあるよう対応します。

## 介護サービス時の説明内容について

### 1. 誤嚥について

加齢により飲み込む機能が低下し、誤嚥による窒息、肺炎の発症という事態が生じることがあり、場合によっては死に至ることがあります。

### 2. 転倒・転落事故について

①. 転倒転落には注意しておりますが、職員が付きっきりで対応できないので、事故を未然に防ぐことができない事があり、その場合は責任を負いかねます。

②. 利用者の状態によって、身体拘束せざるを得ない状況になった場合、ご家族様の承諾をいただくことがあります。

③. 徘徊等により施設の外に出て行方が分からなくなった場合、至急連絡させていただきます。

### 3. 感染症について

集団での活動・生活のため、インフルエンザ、ノロウイルス等の感染症に感染し、身体レベルが非常に悪化し急変することや、死に至ることもあります。

令和 年 月 日

介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型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。

牛田クリニックヘルプーステーション

説明者職名 管理者 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、介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( )

連絡先 \_\_\_\_\_