

訪問介護サービス重要事項説明書

愛知クリニックヘルパーステーション

豊橋市松村町 51 番地

0532-48-7757 (代)

1 訪問介護サービスの目的

訪問介護サービスは、要介護状態にある利用者様に対し、介護保険法で定める訪問介護サービスを提供し、利用者様がその有する能力に応じて、可能な限りその居宅に於いて自立した生活を営むことができるよう支援することを目的とします。

2 会社概要

- 法人名称 : 医療法人 有心会
- 所在地 : 愛知県豊橋市松村町 51 番地
- 代表者 : 新里 徹
- 代表番号 : 0532-47-3663

3 訪問介護サービスを提供する事業所 (以下、「サービス事業所」とします。)

○サービス事業所の概要

サービス事業所の名称	愛知クリニックヘルパーステーション 〒441-8034
所在地	愛知県豊橋市松村町 51 番地
電話番号	(TEL) 0532-48-7757 (FAX) 0532-38-5445
指定事業者番号	2372001731
実施サービス	訪問介護
サービス提供地域	豊橋市、豊川市、田原市
備考	応相談

○職員体制

	常勤	非常勤	計	備考
管理者兼サービス提供責任者	1人	0人	1人	介護福祉士
サービス提供責任者兼訪問介護員	1人	0人	1人	介護福祉士
訪問介護員	0人	4人	4人	介護福祉士 ホームヘルパー2級
合計	2人	4人	6人	

○営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	午前8時30分～午後5時00分
休業日	日曜日、12月29日～1月3日

※ 居宅サービス計画により、休業日及び営業時間外であってもサービスを提供する場合があります。

4 主となるサービス内容

☆介護保険法で定める訪問介護のサービス内容に限られます。

①身体介護

食事介助：食事の介助を行います。

入浴介助：入浴の介助を行います。

排泄介助：排泄の介助・オムツ交換を行います。

体位変換：体位変換を行います。

清拭：入浴が困難なお客様を対象に、清潔保持のために体を拭きます。

移動介助：通院介助等を行います。

整容介助：身繕いを整える介助をします。

②生活援助

調理：利用者の食事を用意します。

洗濯：利用者の衣類等の洗濯をします。

掃除：利用者の居室の掃除をします。

買い物：利用者の日常生活必需品の買い物を行います。

その他：利用者の衣類・寝具の交換、布団干し等を行います。

※サービスは利用者を対象としたものに限られ、上記の生活援助の場合、利用者以外の方のお食事の調理、衣類等の洗濯、買い物、利用者の居室以外の掃除はできません。

※調理の中でも、きざみ食やミキサー食、及び糖尿病食などの特別食は（医療食・治療食）は、介護保険法のサービス区分上、身体介護として取り扱われます。

※各々のサービス内容やその実施方法等の詳細につきましては、サービス従事者までお気軽にお尋ねください。

5 利用料金

① 基本料金

●別紙参照

介護保険法に伴い、国が定める介護給付費（介護報酬）の改定があった場合、料金体系は、国が定める介護給付費（介護報酬）に準拠するものとします。

●基本料金は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画に定められた訪問介護サービスの提供に要する目安の時間を基準とします。

●通常時間帯以外の時間帯にサービス提供する際には、基本料金に、以下の通り割り増しされます。

サービス提供時間帯	割り増し率
早朝（午前6時00分～午後8時00分）	25%
夜間（午後6時00分～午後10時00分）	25%
深夜（午後10時00分～午前6時00分）	50%

●2名の訪問介護員によりサービスを提供する必要があると判断される場合には、利用者様の同意を得た上で通常の利用料金の2倍の料金をいただきます。

6 お支払方法

前月のサービスご利用分に関する利用者負担金を、翌月上旬に1カ月分をまとめてご請求致します。

お支払方法は、現金支払い又は口座引き落とし（翌月27日引き落とし）となります。

7 キャンセル

利用者様の都合によりサービスのキャンセルをした場合は、下表の料金をいただきます。

①サービス利用日の前営業日の18時までにご連絡をいただいた場合	無料
②サービス利用日の前営業日の18時までにご連絡をいただかない場合	利用者自己負担額全額

※利用者様の容態の急変など、緊急且つやむを得ない場合はキャンセル料をいたしません。

※上記の②について、利用者様の都合によるキャンセルが頻繁に起こる場合については、キャンセル料を協議の上変更します。

キャンセルの連絡先電話番号	0532-48-7757
---------------	--------------

8 予定していた訪問介護員が訪問できなくなった場合

サービス提供責任者が調整を行い、代替りの訪問介護員が訪問をします。

9 緊急時及び事故発生時の連絡先

主治医・ご親族等緊急時及び事故発生時の連絡先は、予め担当のサービス従事者により確認させていただきます。サービス提供中に利用者様の容態の急変等があった場合には、当該の連絡先及び居宅介護支援事業者・関連事業者等へ連絡します。

10 賠償責任について

- ①居宅サービスの提供に伴って、サービス事業所の責めに帰すべき事由により、利用者様又はそのご家族等の介護者の生命・身体・財産及び名誉に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。
- ②利用者様又はそのご家族等の介護者は、利用者又はそのご家族等の介護者の責めに帰すべき事由により、サービス事業所の生命・身体・財産及び名誉に損害を及ぼした場合は、その損害賠償を請求される場合があります。

11 サービス提供に関わるお願い事項

① 贈答、もてなしの禁止

訪問介護員に贈答や飲食のもてなしは、制度上、禁止とされておりますので、ご遠慮をさせていただきます。

②訪問介護員の個人情報

個人情報保護法上、訪問介護員の住所、電話番号などの個人情報につきましては、ご利用者にお知らせしていませんので、あらかじめご了承ください。

③ 訪問予定時間は、交通事情により前後することがあります。

④ 地震、台風、大雪等の自然災害発生時について

訪問介護員の交通手段及び生命の危険がおよぶ事態が予測される場合は、サービスを中止させていただく場合があります。

⑤ ご利用者の担当になる訪問介護員の選任（担当の変更を含みます）は、サービス事業所が行い、ご利用者が訪問介護員を指名することはできません。

⑥ 担当の訪問介護員の変更を希望する場合には、その変更希望理由（業務不相当と判断される事由）を明らかにし、事業所まで申し出てください。

※ 業務上不相当を判断される事由がなき場合、変更をいたしかねる事があります。

12 パワハラ セクハラについて

下記の行為は、ハラスメントに該当する可能性があり、サービスを中止させていただくことがありますので、ご理解、ご了承ください。

■身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）

精神的暴力（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)

- 例
- ・物を投げつける
 - ・刃物に向ける、たたかれる、蹴られる、手を払いのける
 - ・怒鳴る、大声を発する、奇声を浴びさせる。
 - ・威嚇的な態度で文句を言い続ける。 など

■セクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求、性的な嫌がらせ行為）

- 例
- ・介護従事者の体を触る
 - ・腕を引っ張り抱きしめる
 - ・ヌード写真を見せる
 - ・性的な話し、卑猥な言動を繰り返す など

■その他

- 例
- ・介護従事者の自宅の住所、電話番号を聞く。
 - ・ストーカー行為 など

13 虐待防止について

虐待の発生又はその再発を防止するために、下記のとおり必要な措置を講じます

- ・虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について訪問介護員等に周知徹底を図る
- ・虐待防止のための指針を整備する
- ・訪問介護員等対し、虐待防止のための研修を定期的実施する
- ・前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く
- ・サービス提供中に当該事業所従業員又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待の受けたと思われる利用者を発見された場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとする

14 衛生管理等

- ・訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います
- ・事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に努めます
- ・事業所において感染症の発生、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます

- ① 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を概ね六ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について訪問介護員等に周知徹底をします
- ② 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ます
- ③ 訪問介護員等に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び研修を定期的実施します

15 業務継続計画の策定等について

- ・ 感染症や非常災害時において、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ます
- ・ 訪問介護員に対し、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に行います
- ・ 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います

16 第三者による評価状況等

- ・ 提供するサービスの第三者評価の実施状況等

〈実施の場合〉 実施日 年 月 日

実施評価機関の名称 ()

評価結果の開示状況 ()

〈未実施の場合〉

未実施

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲 1 に対する訪問介護サービスの提供開始にあたり、甲 1 (甲 2) に対して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

(乙) 居宅サービス事業者

事業所所在地

愛知県豊橋市松村町 5 1 番地

事業所名

愛知クリニックヘルパーステーション

説明者氏名

_____ 印

(甲) 私は、本書面に基づいて甲から上記重要な事項の説明を受けました。
私は、訪問介護サービスの提供開始に同意します。

(甲 1) 利用者

住所

氏名

_____ 印

(甲 2) 利用者の家族 住所

氏名

_____ 印

苦 情 受 付 の 窓 口

訪問介護（ヘルパーステーション）に関する相談・苦情については、下記にご連絡ください。

《事業者の窓口》 愛知クリニックヘルパーステーション

苦情受付担当 細井 裕子

所在地 〒441-8034 豊橋市松村町51番地

電 話 0532-48-7757（代）

FAX 0532-38-5445

受付時間 平日 8:30 ~ 17:00

《保険者の窓口》 東三河広域連合 介護保険課 事業グループ

所在地 〒440-0806 豊橋市八町通二丁目16番地

豊橋市職員会館5階

電 話 0532-26-8471

FAX 0532-26-8475

受付時間 平日 8:30 ~ 17:15

《公的団体の窓口》 愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉課

所在地 〒461-0001 名古屋市東区泉1丁目6番5号

電 話 052-971-4165

FAX 052-962-8870

受付時間 平日9:00~17:00

緊急連絡先

《利用者》

氏名		生年 月日	年 月 日
住所			
電話			

《ご家族》

第1連絡先

氏名		続柄	
住所			
電話		携帯電話	

第2連絡先

氏名		続柄	
住所			
電話		携帯電話	

《医療機関》

かかりつけ医

医療機関名		医師名	
住所			
電話		夜間・休日の連絡体制	有・無

※ あらかじめ、かかりつけ医に、確認をお願いします。

救急車を要請した際に搬送する医療機関

医療機関名		医師名	
住所			
電話		夜間・休日の連絡体制	有・無

※ あらかじめ、かかりつけ医と相談のうえ、取り決めておくことをお勧めします。

居宅介護支援事業所	
介護支援専門員	