

よりそい介護 重要事項説明書

重要事項説明書

（指定訪問介護・生活支援訪問サービス）

本書は、C-net株式会社『よりそい介護』が提供する指定訪問介護サービス・生活支援訪問サービスについて、介護保険法及び関係法令に基づき重要事項をご説明するものです。

1. 事業者概要

法人名：C-net株式会社

事業所名：よりそい介護

所在地：神戸市灘区城内通5-1-1 コムーネ灘203号

提供地域：神戸市

2. 事業の目的

指定訪問介護（指定介護予防訪問サービス、指定生活支援訪問サービス）事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の訪問介護員等が、要介護状態（要支援状態、事業対象者）にある利用者に対し、適正な訪問介護（介護予防訪問サービス、生活支援訪問サービス）を提供することを目的とする。

3. 運営方針

事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。

2 指定訪問介護事業所の従業者は、利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ可能な限りその居宅におい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を作成し、計画に沿って、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。

3 指定介護予防訪問サービス事業所の従業者は、利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう介護予防訪問サービス計画を作成し、計画に沿って、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指す。

4 指定生活支援訪問サービス事業所の従業者は、利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、掃除、買い物支援、調理、洗濯等の生活支援サービスを行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指す。

5 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター及び他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者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。

6 前5項のほか、「神戸市指定居宅サービス事業者の指定の基準並びに指定居宅サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」（平成24年12月20日神戸市条例第28号）及び「神戸市介護予防訪問サービス・生活支援訪問サービス・介護予防通所サービス事業者の指定に関する要綱」（平成29年1月1日神戸市保健福祉局長決定）に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

4. 営業日及び営業時間

営業日：月曜日～金曜日 ただし、12月30日から1月3日・8月13日から8月15日まで及び国民の祝日を除く。

営業時間：午前8時30分～午後4時30分

サービス提供時間：午前8時30分～午後4時30分（但し相談に応じます。）

24時間対応：なし

5. 提供するサービス

身体介護（ご利用者様の身体に直接接触して行う介助・介助に必要な準備及び後片付け）起床介助・就寝介助・排泄介助・衣服の着脱・身体整容・身体の清拭・洗髪・入浴介助・食事介助・体位変換・服薬介助・移乗・移動介助

生活援助 掃除・洗濯・調理・買い物などの日常生活の援助。ご利用者様が単身のため、またはご家族が障害・疾病などのため、ご本人やご家族が家事を行うことが困難な場合に行われるものをいいます。

6. 訪問介護員の禁止行為

医療行為

利用者又は家族の金銭・通帳等の預かり

利用者又は家族からの金品授受

同居家族へのサービス

日常生活の範囲を超えるサービス

宗教活動・政治活動・営利活動

利用者不在時のサービス

身体拘束その他利用者行動を制限する行為

訪問介護禁止行為一例

本人様以外の方が使用する（必要とする）、洗濯・調理・掃除・買い物・薬の受け取り

花木の水やり・ペットの世話・草むしり・電球交換・大掃除・ガラスふきなど

その他 詳細ございますので、担当ケアマネージャー、提供責任者にお問合せください。

7. 利用料金

介護保険法に基づく自己負担割合に応じた額をご負担いただきます。

新規に訪問介護計画を作成した場合、訪問介護費に初回のみ200単位の初回加算を算定させていただきます。

利用料は、サービスの内容・利用する時間帯・利用する時間の長さによって異なります。下記の「利用料」が自己負担していただく目安の金額です（「サービス費用」の1割です）。

（1回あたり・神戸市）

身体介護中心型 提供時間 日中 8:00～18:00

20分以上30分未満（1割）325円（2割）649円（3割）973円

30分以上1時間未満（1割）514円（2割）1028円（3割）1542円

生活援助中心型 提供時間 日中 8:00～18:00

45分未満（1割）238円（2割）475円（3割）712円

45分以上（1割）292円（2割）583円（3割）875円

* 1回の訪問介護において身体介護と生活援助が混在する場合には、具体的なサービス内容を区分して、身体介護にかかる利用料に生活援助部分（20分以上45分未満で70単位）を加算いたします。

* 昼間（午前8時から午後6時まで）以外の時間帯でサービスを行う場合は、次の割合で利用料が割増加算になります。

早朝午前6時～午前8時25%

夜間午後6時～午後10時25%

深夜午後10時～翌午前6時50%

* 上記料金は、職員処遇改善加算（22.4%）を含んでおります。

* ご利用者様の身体的理由により1人の訪問介護職員等による介護が困難と認められる場合など、やむを得ない事情で、かつ、ご利用者様の同意を得て2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。

8．キャンセル料

前営業日17：00までにご連絡いただいた場合は無料です。

訪問予定時刻の2時間前までに連絡をせずにキャンセルした場合は 利用料全額の60%（介護保険適用不可）

9．交通費・実費負担

通常のサービス提供地域外については交通費実費をご負担いただく場合があります。

サービス実施に伴う水道・ガス・電話等は利用者負担となります。

10．緊急時対応

従業者は、事業の提供を行っているときに、利用者の病状に急変その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治の医師に連絡する等の必要な措置を講じるとともに、管理者に報告するものとする。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るものとする。

11．事故発生時の対応

事業の提供により事故が発生した場合は、速やかに必要な措置を講じるとともに、利用者の家族及び利用者に係る居宅介護支援事業者（介護予防訪問サービス、生活支援訪問サービスにあっては地域包括支援センター）、市町村等に連絡するものとする。2利用者に対する事業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。

12．高齢者虐待防止

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため次の措置を講ずるものとする。（1）虐待を防止するための従業者に対する研修の実施（2）利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備（3）その他虐待防止のために必要な措置

2事業所は、サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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ものとする。

13．身体拘束等の適正化

緊急やむを得ない場合を除き身体拘束を行いません。

やむを得ず行う場合は、その態様・時間・理由を記録し、ご家族並びに担当ケアマネージャー等と情報共有し3か月に1回以上委員会にて状況報告確認を行います。

14．感染症対策

感染症及び食中毒予防のため、指針整備、研修及び訓練を実施します。

15．業務継続計画（BCP）

感染症及び災害時に継続的サービス提供を行うため、BCPを策定しています。

16．ハラスメント防止

利用者・家族等からの暴力、暴言、ハラスメント行為に対して適切な対応を行います。

17．個人情報保護

個人情報保護法に基づき適切に管理し、正当な理由なく第三者へ開示しません。

18．情報開示

利用者・利用者家族・利用者の法定代理人・相続人はサービス記録等の閲覧及び複写を求めることができます。但し、いずれもサービスの完結の日から5年以内のものに限ります。

19．苦情相談窓口

【事業所】よりそい介護

電話番号：078-862-8730

【行政機関】

神戸市福祉局監査指導部

078-322-6326 平日8時45分から17時30分

高齢者虐待通報ダイヤル

078-322-6774 平日8時45分から17時30分

兵庫県国民健康保険団体連合会

078-332-5617 平日8時45分から17時15分

神戸市消費生活センター

078-371-1221 平日9時00分から17時15分

20．契約解除

利用者又は事業者は、双方の申し出により契約を解除することができます。
ハラスメント等重大な契約違反があった場合は契約解除となる場合があります。

【説明確認欄】

私は、本書面に基づき重要事項の説明を受け、その内容を確認しました。

令和 年 月 日

【利用者】

住所：_____

氏名：_____ 印

【代理人】

住所：_____

氏名：_____ 印

【説明事業者】

法人名：C-net株式会社

事業所名：よりそい介護

説明者氏名：サービス提供責任者 高松 知幸 印