

予防訪問介護サービス重要事項説明書

＜令和 年 月 日現在＞

1 利用者（被保険者）

氏 名									
被保険者番号（市町村名）	（ ）								
要 支 援 区 分									
要支援認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで								

2 事業者（法人）の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	医療法人 杏仁会
代 表 者 名	理事長 岡田 聰
法 人 の 所 在 地 ・ 連 絡 先	高槻市東和町57-1 電話番号 (072) 671-0071 ファックス (072) 671-0070

3 事業所の概要

（1）提供できるサービスの地域

事 業 所 の 名 称	ヘルパーステーション ローズマリー
管理 者名	
事 業 所 の 所 在 地 ・ 連 絡 先	高槻市東和町57-1 電話番号 (072) 671-3030 ファックス番号 (072) 671-0280
事 業 者 指 定 番 号	2770900898
サービス 提 供 地 域	高槻市

※上記地域以外でもご希望の方はご相談下さい。

（2）事業所の職員体制

	資 格	常 勤	非 常 勤	計	備 考
管 理 者	介護福祉士・1級ヘルパー				
サービス 提 供 責 任 者	介護福祉士・1級ヘルパー				1名は管理者と兼務
サービス 従 事 者	介護福祉士				
	1級ヘルパー				
	2級ヘルパー				
合 計					

(3) サービス提供の時間帯

営業日	営業時間帯
月曜日～土曜日	午前7時～午後11時 (上記の時間以外でも24時間常時ご連絡頂ける体制を整えております)
営業しない日	1月1日～1月3日

4 サービスの内容

介護	起床介助	移動、移乗、着替え、排泄介助	保険適用 有
	整容介助	洗面、口腔ケア、整髪、髭そり(電気カミソリ)、爪切り	有
	オムツ交換	交換、高看護の陰部の清拭、洗浄	有
	排泄介助	尿器使用時の介助、トイレ・ポータブルトイレへの移動及び移乗、排泄後の後始末	有
	衣服・リネン	衣服の交換、ベッドメーキング、リネン、寝具の交換	有
	入浴介助	衣類着脱、浴室・浴槽への移動介助、洗髪、洗身	有
	身体保清	洗髪、全身清拭、手浴、足浴、陰部洗浄	有
	食事・飲水介助	家族の用意された物を摂取介助する。	有
	服薬介助	できる限り、本人か家族にして頂く。 (ヘルパーが行う場合は、定期服薬のみ)	有
	通院介助	本人のかかりつけ医まで、指定の交通機関を利用して同行する。(高槻市内の病院、診療所に限る)	有
	就寝介助	口腔ケア、排泄介助、着替え、ベッドへの移動	有
生活	調理(炊事)	本人の希望に添って、2・3食分くらいまでを作る。(一般食のみ)	有
	洗濯	洗濯機使用可能のもの (ボタン、ホック付け、ゴム通し、ホツレ補修含む)	有
	掃除(戸内)	日常生活の範囲(風呂、トイレ含む)、2階については状況により個別対応とする。	有
	掃除(戸外)	玄関より門扉までは掃くだけとし、門外、草抜き等は含まない。	有
	買物	食材、日常生活必需品のみ(趣味に係る物、贈答品は含まない)	有
	衣類・寝具の入替	家族のいる方は家族にして頂く。ヘルパーがする場合は、シーザンごとに1回。本人と一緒に、又は確認しながら行う。	有
	薬取り	本人かかりつけ病院、診療所まで、定期薬の受け取りに行く。	有
	ゴミ出し	必要がある場合は、収集指定日に合わせた計画を立てる。	有

5 利用料金

(1) 利用料金・利用者負担

介護保険の適用がある場合は、料金表の料金の介護保険負担割合証に記載されている利用者負担の割合の金額が自己負担分となります。

※1単位=10.84円です

項目	月額介護報酬
週1回の利用	1,176単位／月
週2回の利用	2,349単位／月
週3回の利用	3,727単位／月

【その他ご負担頂く項目】

●初回加算（II）………200単位

新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回若しくは初回日が属する月に、サービス提供責任者が指定訪問介護を行った場合、または同行した場合に加算されます。

●特定事業所加算（II）………所定単位数×10／100

厚生労働大臣が定める基準に適合し、府知事に届け出た事業所である為、所定単位数に乗じて加算されます。

●介護職員等処遇改善加算（I）………所定単位数×245／1000

厚生労働大臣が定める基準に適合している、介護職員等の賃金の改善等を実施している事業所が、指定訪問介護を行った場合に。所定単位数に乗じて加算されます。

※介護保険の適用がない場合や介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の負担となります。

利用料金に対して、早朝（午前6時～午前8時）と夜間（午後6時～午後10時）の時間帯については25%増し、深夜（午後10時～午前6時）は50%増しとなります。

上記料金算定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者の居住介護支援計画に定められた目安の時間を基準とします。

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。

(2) キャンセル料金の取り扱い

当日キャンセル	50%
訪問してのキャンセルとなった場合	100%

(3) 支払方法

- 上記利用者負担金は、月ごとに精算しますので、翌月15日までにお支払いください。お支払い後、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようにお願いします。(医療費控除の還付請求の際に必要になることがあります)

6 事業者の予防訪問介護サービスの特徴等

(1) 運営方針

事業所の訪問介護員等は、要支援者等の心身の特性を踏まえてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護、その他の生活全般にわたっての援助をおこないます。

また、事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(2) サービス利用のために

ヘルパーの変更の可否	変更を希望される方はお申し出下さい。
------------	--------------------

7 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援事業者等へ連絡をします。

主 治 医	氏 名	
	電 話	()
	住 所	
ご 家 族	氏 名	
	電 話	()
	住 所	

8 サービス内容に関する苦情の連絡先

事 業 所	ヘルパーステーションローズマリー(担当者：) 電 話 (072) 671-3030 ファックス (072) 671-0280 対応時間 午前9時から午後5時30分まで
高 橋 市 の 相 談 窓 口	高橋市福祉指導課 電 話 (072) 674-7822 ファックス (072) 674-7820 高橋市長寿介護課

	電話 (072) 674-7166 ファックス (072) 674-7183 対応時間 午前8時45分から午後5時15分まで
国民健康保健団体連合会	大阪府国民健康保健団体連合会 電話 (06) 6949-5418 ファックス (06) 6949-5417 対応時間 午前9時から午後5時まで

9 秘密の保持と個人情報の保護について

個人情報の保護	<ul style="list-style-type: none"> 事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとする。 事業者が得た利用者の個人情報については、事業者での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得るものとする。
---------	---

10 高齢者の虐待防止

虐待防止	<p>事業者は利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な措置を講じます。</p> <ol style="list-style-type: none"> (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など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のほか、従業者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。
------	--

11 事故発生時の対応方法について

事故対応	<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護員等は、指定介護予防訪問介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、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。 指定介護予防訪問介護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、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとする。 利用者に対する指定介護予防訪問介護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。(損害賠償責任保険に加入済)
------	--

1 2 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	無し
-------	----

「予防訪問介護」サービス利用確認書

ヘルパーステーションローズマリーを利用するにあたり、予防訪問介護サービス重要事項説明書の内容について、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で予防訪問介護サービスを利用することを確認します。

令和　　年　　月　　日

＜利用者＞

住所_____

氏名_____

＜代理人＞

住所_____

氏名_____

＜説明者＞

所属　医療法人杏仁会

_____ヘルパーステーションローズマリー

氏名_____