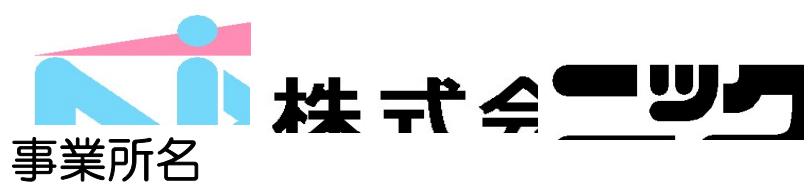


# 訪問介護サービス 重要事項説明書



ニックス 中訪問介護事業所

## 訪問介護サービス重要事項説明書

この訪問介護サービス重要事項説明書は、要介護・要支援状態にあるお客様が、訪問介護サービスを受けられるに際し、お客様やそのご家族に対し、当社の事業運営規程の概要や訪問介護従事者などの勤務体制等、お客様のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記したものです。

### 1. 事業の目的

法人格を有する株式会社ニックスが開設するニックス中訪問介護事業所（以下「事業所」という。）が行う訪問介護サービス（以下「訪問介護等」という）の事業（以下「事業」という）の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護福祉士又は介護保険法第8条第2項に規定する政令で定める者（以下「訪問介護員等」という。）が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者又は事業対象者に対し、適切な訪問介護等を提供することを目的とする。

### 2. 運営方針

- （1） 事業所の訪問介護員等は、要介護者等の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、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、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。
- （2） 事業者は利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めなければならない。
- （3） 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、地域包括支援センター、地域の保健・医療福祉センター、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供を努めるものとする。

### 3. 当社が提供するサービスについてのご相談窓口

|       |                |
|-------|----------------|
| 電話番号  | (082) 511-0294 |
| 担当者氏名 | 山根 恵           |

### 4. 会社概要

#### （1） 本社（以下、当社と記載します）

|        |                                       |
|--------|---------------------------------------|
| 法人名    | 株式会社ニックス                              |
| 本社の所在地 | 広島県広島市東区尾長東2丁目6番6号                    |
| 代表者氏名  | 代表取締役 西川 和吉                           |
| 代表番号   | TEL：(082) 568-6166 FAX：(082) 568-6866 |
| 業務の概要  | ビルメンテナンス事業、電気通信事業、トラベル事業、介護事業、自動車販売   |

(2) 訪問介護サービス提供事業所（以下、当事業所と記載します）

|               |                                           |
|---------------|-------------------------------------------|
| 事業所名          | ニックス 中訪問介護事業所                             |
| 所在地           | 広島市中区白島九軒町 6 番 15 号むねまさビル 202 号           |
| 管理者           | 山根 恵                                      |
| 電話番号 F A X 番号 | TEL : (082) 511-0294 FAX : (082) 511-5788 |
| 介護保険事業所番号     | 訪問介護 3470207063 号                         |
| サービス提供地域 ※    | 広島市、廿日市市                                  |

\* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(3) 当事業所の職員体制

| 職 種         |                                | 内 訳                   |
|-------------|--------------------------------|-----------------------|
| 管理者         |                                | 1 名（常勤）               |
| サービス提供責任者   |                                | 4 名（常勤 4 名 非常勤 0 名）   |
| 事務職員        |                                | 1 名（非常勤 1 名）          |
| サービス<br>従業者 | 介護福祉士                          | 11 名（常勤 5 名 非常勤 6 名）  |
|             | 1 ～ 2 級修了者<br>実務者・初任者研<br>修修了者 | 13 名（常勤 2 名、非常勤 11 名） |
|             | 准看護師                           | 0 名（常勤 0 名、非常勤 0 名）   |

(4) 営業日および営業時間

|       |                                      |
|-------|--------------------------------------|
| 営業日   | 年中無休                                 |
| 営業時間  | 8 時 30 分から 17 時 45 分 サービス提供時間 2 4 時間 |
| 緊急連絡先 | ※営業時間外・夜間・休日ともに転送にて 2 4 時間対応         |

(5) 当事業所の各種加算状況

|                  |   |                 |   |
|------------------|---|-----------------|---|
| 特別地域訪問介護加算       | × | 介護職員等処遇改善加算 I   | ○ |
| 中山間地等小規模事業所加算    | × | 介護職員等処遇改善加算 II  | × |
| 中山間地等居住者サービス提供加算 | × | 介護職員等処遇改善加算 III | × |
| 生活機能向上連携加算       | ○ | 介護職員等処遇改善加算 IV  | × |
| 緊急時訪問介護加算        | ○ | 認知症専門ケア加算 I     | × |
| 口腔連携強化加算         | × | 認知症専門ケア加算 II    | × |

(6) 従業者の業務内容

| 職種  | 業務内容                                                                                                                                           |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 管理者 | ○ サービス提供責任者などの従業者の管理<br>○ 指定訪問介護のご利用申し込みに係る調整<br>○ 業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に実施<br>○ 当事業所の従業者に、厚生労働省令で定められた指定訪問介護の人員基準および運営に関する基準等を遵守させるための必要な指揮命令 |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービス<br>提供<br>責任者 | ○お客様の日常生活全般の状況および希望を踏まえた指定訪問介護の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容などを記載した種別訪問介護計画の作成及びお客様への説明<br>○指定訪問介護のご利用申し込みに係る調整<br>○サービス従業者へのお客様状況の連絡<br>○サービス従業者からの相談・技術指導<br>○サービス従業者からの連絡・報告等の記録<br>○サービスの内容の管理<br>○サービス担当者会議への出席<br>○居宅介護支援事業所や市区町、地域包括支援センター等の関係機関への連絡・調整業務<br>○居宅介護支援事業所等にお客様の服薬状況、口腔機能その他のお客様の心身の状態及び生活の状況に係る必要な情報を提供します。<br>○居宅サービス計画の標準的なサービス提供時間と実際のサービス提供時間が著しく乖離している場合、実際のサービス提供時間を記録し、介護支援専門員に連絡します。 |
| 務職員               | 訪問介護事業所の運営上の必要な事務処理                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| サービス<br>従業者       | お客様の居宅に訪問し、身体介護、生活援助等のサービスの提供                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

## 5・サービス内容

|                        |       |                                                  |
|------------------------|-------|--------------------------------------------------|
| 身体<br>介護               | 食事介助  | 摂食介助、下膳、食事量チェック、水分補給、起床就寝、自立支援見守り                |
|                        | 入浴介助  | 入浴準備、手浴、足浴、洗髪                                    |
|                        | 排泄介助  | トイレ（ポータブル含む）介助、おむつ交換、尿器・便器介助、ベッド上排泄、尿便後始末、陰部臀部清拭 |
|                        | 清潔の援助 | 入浴介助、清拭、洗面介助、洗髪、うがい・歯磨き・爪切り・髭剃りの介助、衣類の交換、義歯洗浄    |
|                        | 移動介助  | トイレ誘導、車椅子・歩行・座位移動介助、体位変換                         |
|                        | 健康管理  | 通院介助、服薬介助、床ずれ予防、                                 |
| 生活<br>援助               | 買い物   | 日常生活必需品の買い物、薬の受取り                                |
|                        | 調理    | 温め、きざみ、盛付、配膳                                     |
|                        | 掃除    | 住居の清掃、換気室温調整、後片付け、食器洗い、ベッドメイク                    |
|                        | 洗濯    | 衣類管理                                             |
| 乗 通<br>降 院<br>介 等<br>助 |       | 通院などの外出の際に、訪問介護員が自ら運転する車両への                      |
|                        |       | 乗降介助、乗降前後の移動介助、受診などの手続きを行う                       |
|                        |       | 一連のサービスのことをいいます。                                 |
|                        |       |                                                  |

※当事業所は、介護支援専門員に対して、お客様に必要なサービス位置付けるよう求めることその他の不当な働きかけを行うことはありません。

## 6．利用料金

### （1）基本料金（非課税）

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金（料金表）の1割、

2割、もしくは3割です。但し介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

介護【料金表－基本料金・昼間 午前8時00分～午後6時00分】

|             |                               |                      |                      |                      |                     |
|-------------|-------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------|
| 身体介護        | 20 分未満                        | 2 0 分以上～<br>3 0 分未満  | 3 0 分以上～<br>6 0 分未満  | 6 0 分以上～<br>9 0 分未満  | 以降 30 分を増す毎         |
|             | (163 単位)<br>1, 744 円          | (244 単位)<br>2, 610 円 | (387 単位)<br>4, 140 円 | (567 単位)<br>6, 066 円 | (82 単位を追加)<br>877 円 |
| 生活援助        | 2 0 分以上～<br>4 5 分未満<br>(生活 2) |                      | 45 分以上<br>(生活 3)     |                      |                     |
|             | (179 単位)<br>1, 915 円          |                      | (220 単位)<br>2, 354 円 |                      |                     |
| 通院等乗降<br>介助 | (97 単位)<br>1, 037 円           |                      |                      |                      |                     |

- \*基本料金に対して、早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）帯は25%増し、深夜（午後10時～午前6時）は50%増しとなります。
- \*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、お客様の同意を得た上で通常利用料金の2倍の料金をいただきます。
- \*介護・予防共、緊急時に計画外のサービスを提供する場合があります、そのサービスが介護保険外のサービスにあたる時には説明し同意を得て、お客様より別途料金をいただくことがあります。

訪問型サービス【料金表－基本料金】

|                             |                        |
|-----------------------------|------------------------|
| (Ⅰ) 週1回程度の利用が必要な場合          | 1,176単位／月<br>12,583円／月 |
| (Ⅱ) 週2回程度の利用が必要な場合          | 2,349単位／月<br>25,134円／月 |
| (Ⅲ) 上記(Ⅱ)に掲げる回数を超える利用が必要な場合 | 3,727単位／月<br>39,878円／月 |

- \* (Ⅲ) は要支援2の方に限ります。
- \*登録期間が1月に満たない場合は日割り計算となります。

(2) 介護職員等処遇改善加算（非課税）

本事業所が介護保険法で定める訪問介護サービスの基準に適合している場合には、基本料金に、次のとおり割り増しされます。

| 該当要件                                                      | 加算割合  |   |
|-----------------------------------------------------------|-------|---|
| (Ⅰ) 加算 (Ⅱ) に加え、以下の要件を満たす場合<br>経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置して | 24.5% | ○ |

|                                                                           |       |  |
|---------------------------------------------------------------------------|-------|--|
| いること。(介護福祉士 30%以上)                                                        |       |  |
| (Ⅱ) 加算 (Ⅲ) に加え、以下の要件を満たす場合<br>改善後の賃金年額 440 万円以上が 1 人以上<br>職場環境の更なる改善、見える化 | 22.4% |  |
| (Ⅲ) 加算 (Ⅳ) に加え、以下の要件を満たす場合<br>資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備                       | 18.2% |  |
| (Ⅳ) 職場環境の改善(職場環境等要件)<br>賃金体系等の整備及び研修の実施等要件にいずれも適合する場合                     | 14.5% |  |

(3) 初回加算 (非課税)

新規にサービス契約を結んだ初月にサービス提供責任者によるサービスの提供、または同行訪問があった場合に所定単位数が加算されます。

| 該当要件                                            | 加算単位   |
|-------------------------------------------------|--------|
| 新規にサービス契約を結んだ初月。<br>(過去二月に当該事業所よりサービス提供を受けていない) | 200 単位 |

(4) 緊急時訪問介護加算 (非課税)

| 該当要件                                                                 | 加算単位   |
|----------------------------------------------------------------------|--------|
| お客様やご家族等からの要請で、かつ、担当ケアマネジャーが必要と認めた身体介護が中心のサービス (元々の計画に無いもの) を実施した場合。 | 100 単位 |

(5) 生活機能向上連携加算 (Ⅰ) (Ⅱ) (非課税)

| 該当要件                                                                                                                                                                                | 加算単位   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| ①訪問リハビリテーション事業所・通所リハビリテーション事業所・医療提供施設の医師・理学療法士等から助言を受ける体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が訪問介護計画を作成した場合。<br>②当該医師・理学療法士等が <u>通所リハビリ等のサービス提供の場、もしくは ICT を活用した動画等によりお客様の状況を把握した上で助言を行った場合。</u> | 100 単位 |
| サービス提供責任者が、訪問リハビリテーション事業所・通所リハビリテーション事業所・医療提供施設の医師・理学療法士等が <u>自宅を訪問する際に同行し、当該医師・理学療法士等と共同して実施したアセスメント結果に基づき訪問介護計画を作成し、またサービスを提供している場合。</u>                                          | 200 単位 |

(6) 認知症専門ケア加算 (Ⅰ) (Ⅱ) (非課税)

| 該当要件                                                                                                                                                                                                                  | 加算単位   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <認知症専門ケア加算 (Ⅰ)><br>① 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が利用者の 2 分の 1 以上<br>② 認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が 20 人未満の場合は 1 以上、 20 人以上の場合は 1 に、当該対象者の数が 19 を超えて 10 又は端数を増すごとに 1 を加えて得た数以上配置<br>③ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者に対して、専門的な認知症ケ | 3 単位/日 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| <p>アを実践した場合</p> <p>④ 当該事業所の従業者に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的開催</p>                                                                                                                                                                                                |        |
| <p>&lt;認知症専門ケア加算（Ⅱ）&gt;</p> <p>① 認知症専門ケア加算（Ⅰ）の②④の要件を満たすこと</p> <p>② 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の 100 分の 20 以上</p> <p>③ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者に対して、専門的な認知症ケアを実施した場合</p> <p>④ 認知症介護指導者養成研修修了者を 1 名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施</p> <p>⑤ 介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、研修を実施又は実施を予定</p> | 4 単位／日 |

（７）口腔連携強化加算

| 該当要件                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 加算単位    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <p>&lt;口腔連携強化加算&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問介護事業所の従業者が利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科診療報酬点数表の区分番号 C000 に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に相談できる体制を確保し、その旨を文書等で取り決めていること。</li> <li>・ 次のいずれにも該当しないこと <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 多サービスの介護事業所において、当該利用者について、栄養状態のスクリーニングを行い、口腔・栄養スクリーニング加算Ⅱを算定している場合を除き、口腔・栄養スクリーニング加算を算定していること。</li> <li>・ 当該利用者について、口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除き、指定居宅療養管理指導事業所が歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定していること。</li> <li>・ 当該事業所以外の指定訪問介護事業所または他サービスの介護事業所において、当該利用者について、口腔連携強化加算を算定していること。</li> </ul> </li> </ul> | 50 単位／月 |

（８）交通費（課税）

通常の事業の実施地域を越えて行う訪問介護等に要した交通費は、実施地域を越えた地点から、実費が必要となります。

| 移動交通手段 | 負担していただく交通費    |
|--------|----------------|
| 公共交通機関 | 実費             |
| 自動車等   | 30 円 / 1 km 当り |

\* 通院介助に於けるお客様の居宅と病院の往復により移動交通費（サービス従事者の移動交通費を含みます）が発生する場合には、原則としてお客様の負担になります。

\* 買い物代行サービスに於けるお客様の居宅と商店の往復により移動交通費が発生する場合には、原

則としてお客様の負担になります。

＊サービス従事者の移動手段は地域により異なります。

#### (9) 訪問介護サービス等計画及び利用料金の見積り

居宅サービス計画に基づいて提供する訪問介護等計画及びその利用料金の見積りは、「訪問介護サービスご利用確認票」に記載のとおりです。なお、「訪問介護サービスご利用確認票」は、居宅サービス計画の変更により訪問介護等計画の変更があった場合、変更が軽微で一過性のものを除き、新たにお客様に交付しその内容を確認するものとします。

#### (10) お支払方法

利用料金(自己負担金)は、次のいずれかの方法によるお支払をお願いします。

##### ①自動口座引き落とし

(ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします)。

##### ②現金払い

(サービス提供時に毎回または月1回規定日にお支払いください)。

##### ③銀行振込

(期日までにお客様にてお振り込み手续をお願いします。なお手数料はお客様負担となります)。

##### ④居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったんお客様が基本料金をお支払い下さい。サービス提供証明書を発行しますので、その後市町に対して保険給付分(7割、8割、9割)を請求してください。

### 7. キャンセル

(1) お客様がサービスの利用を中止する際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡下さい。

|             |                  |
|-------------|------------------|
| キャンセルの連絡先名称 | ニックス中訪問介護事業所     |
| 連絡先電話番号     | 082 ( 511 ) 0294 |

(2) お客様の都合でサービスを中止する場合には、サービス実施日の前日17時までに、ご連絡下さい。それ以降のご連絡のない無断のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますので予めご了承下さい。但し、お客様の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

(3) キャンセル料は、お客様の自己負担金に合わせてお支払いいただきます。

| 時間              | キャンセル料   | 備考 |
|-----------------|----------|----|
| サービス利用日の前日17時まで | 無料       |    |
| 上記以降            | 基本料金の10% |    |

### 8. サービスの利用方法

#### (1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。訪問介護等計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

＊居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

【具体的方針】

- ①サービス提供の開始に当たり、お客様の心身状況等の把握を行う
- ②個々のサービスの目標、内容、実施期間を定めた訪問介護等計画を作成
- ③訪問介護等計画の作成後、その実施状況を把握(モニタリング)
- ④モニタリング結果を居宅介護支援事業者へ報告

#### 9・緊急時、事故発生時の対応方法

サービス提供中にお客様の容体の変化などがあった場合は、緊急連絡一覧表に従って、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者などへ連絡いたします。

#### 10・相談・要望・苦情などの当事業所窓口

訪問介護等サービスに関する相談、要望、苦情などはサービス提供責任者か下記窓口までお申し出下さい。

##### (1) 当事業所のサービス相談、要望、苦情等窓口

|         |                      |
|---------|----------------------|
| 電話番号    | ( 082 ) 511-0294     |
| 受付時間    | 営業日の午前8時30分～午後17時45分 |
| 苦情解決責任者 | 山根 恵                 |
| 苦情受付担当者 | 筆保 香織                |

##### (2) 公的機関のサービス相談、要望、苦情等窓口

|                               |                                                                                                      |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 市町介護保険相談窓口<br>介護保険ほっとライン      | 所在地 広島市中区国泰寺町一丁目6番34号<br>電話番号 082-504-2652<br>Fax 番号 082-504-2136<br>受付時間 8:30～17:15                 |
| 広島県国民健康保険団体<br>連合会（国保連）       | 所在地 広島市中区東白島町19番49号 国保会館<br>電話番号 082-554-0783<br>Fax 番号 082-511-9126<br>受付時間 8:30～17:15（12時から13時 休み） |
| 市町介護保険相談窓口<br>介護保険問合せ<br>（中区） | 所在地 広島市中区大手町四丁目1番1号<br>電話番号 082-504-2478<br>Fax 番号 082-504-2175<br>受付時間 8:30～17:15                   |

|                                 |                                                                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 市町介護保険相談窓口<br>介護保険問合せ<br>(南区)   | 所在地 広島市南区皆実町一丁目4番46号<br>電話番号 082-250-4138<br>Fax 番号 082-254-9184<br>受付時間 8:30~17:15   |
| 市町介護保険相談窓口<br>介護保険問合せ<br>(西区)   | 所在地 広島市西区福島町二丁目24番1号<br>電話番号 082-294-6585<br>Fax 番号 082-233-9621<br>受付時間 8:30~17:15   |
| 市町介護保険相談窓口<br>介護保険問合せ<br>(東区)   | 所在地 広島市東区東蟹屋町9番34号<br>電話番号 082-568-7732<br>Fax 番号 082-568-7781<br>受付時間 8:30~17:15     |
| 市町介護保険相談窓口<br>介護保険問合せ<br>(安佐南区) | 所在地 広島市安佐南区中須一丁目38番13号<br>電話番号 082-831-4943<br>Fax 番号 082-870-2255<br>受付時間 8:30~17:15 |
| 市町介護保険相談窓口<br>介護保険問合せ<br>(安佐北区) | 所在地 広島市安佐北区可部三丁目19番22号<br>電話番号 082-819-0621<br>Fax 番号 082-819-0602<br>受付時間 8:30~17:15 |
| 市町介護保険相談窓口<br>介護保険問合せ<br>(安芸区)  | 所在地 広島市安芸区船越南三丁目2番16号<br>電話番号 082-821-2823<br>Fax 番号 082-821-2832<br>受付時間 8:30~17:15  |
| 市町介護保険相談窓口<br>介護保険問合せ<br>(佐伯区)  | 所在地 広島市佐伯区海老園一丁目4番5号<br>電話番号 082-943-9730<br>Fax 番号 082-923-1611<br>受付時間 8:30~17:15   |
| 市町介護保険相談窓口<br>介護保険問合せ<br>(坂町)   | 所在地 安芸郡坂町平成ヶ浜一丁目1番1号<br>電話番号 082-820-1504<br>Fax 番号 082-820-1521<br>受付時間 8:30~17:15   |
| 市町介護保険相談窓口<br>介護保険問合せ<br>(海田町)  | 所在地 安芸郡海田町上市14-18<br>電話番号 082-823-9609<br>Fax 番号 082-823-9627<br>受付時間 8:30~17:15      |

|                                |                                                                                    |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 市町介護保険相談窓口<br>介護保険問合せ<br>(熊野町) | 所在地 安芸郡熊野町中溝一丁目1番1号<br>電話番号 082-820-5605<br>Fax 番号 082-854-8009<br>受付時間 8:30~17:15 |
| 市町介護保険相談窓口<br>介護保険問合せ<br>(府中町) | 所在地 安芸郡府中町大通三丁目5番1号<br>電話番号 082-286-3235<br>Fax 番号 082-286-3199<br>受付時間 8:30~17:15 |

#### 1 1・虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定します。

|             |              |
|-------------|--------------|
| 虐待防止に関する担当者 | ( 管理者・山根 恵 ) |
|-------------|--------------|

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）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します。

#### 1 2・業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護（指定予防訪問事業）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。
- (2) 従業者に対し、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。
- (3) 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。

#### 1 3・衛生管理等

- (1) 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。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、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の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- 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ています。
- ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に行います。

#### 1 4．身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることにより留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 緊急性……直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りします。
- (2) 非代替性……身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りします。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

#### \* 苦情への対応について

当事業所は、お客様に対して、自ら提供した訪問介護等サービスに係る苦情を受付けた場合、以下の基本手順に基づいた対応を実施します。

- ①苦情の受付
- ②苦情内容の確認
- ③苦情解決責任者等への報告
- ④お客様への苦情解決に向けた対応の事前説明・同意
- ⑤苦情の解決に向けた対応の実施
- ⑥再発防止及び改善の実施
- ⑦お客様への苦情解決結果の説明・同意
- ⑧苦情解決責任者等への最終報告



#### 1 5. 秘密保持及び個人情報保護について

- (1) 当社は業務上知り得たお客様及びそのご家族等の秘密・個人情報等について、守秘義務を遵守し個人情報を適切に取扱い、関連機関等と連携を図る等正当な理由がない場合以外には開示しません。
- (2) 当社はそのサービス提供上知り得たお客様及びそのご家族等の秘密・個人情報等について、その守秘義務が守られるように必要な措置を講じます。また、その守秘義務は、就業中はもとより退職後も同様とします。
- (3) 当社は必要な範囲においてお客様及びそのご家族等の個人情報を取扱います。なお、お客様及びそのご家族等から取得した個人情報を以下の目的のために使用します。

##### 【個人情報使用目的】

- ①当社サービスの提供のため。
  - ②お客様へのサービス提供について他の事業所と連携するため。(担当者会議等)
  - ③お客様及びそのご家族等へのサービス料金のご請求やその他ご連絡のため。
  - ④緊急時に医療機関等へ連絡するため。
- (4) 上記に定める守秘義務は、契約期間中はもとより契約期間後も同様とします。
  - (5) 個人情報に関するお問い合わせにつきましては、「10 (1) 当事業所・当社サービス相談、要望、苦情等窓口」までご連絡ください。

#### 1 6. 事業者の損害賠償について

- (1) 事業者はサービスの提供に伴って、事業者の責に帰すべき事由により、お客様及びそのご家族の生命・身体・財産または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) 前項の損害賠償義務の履行を確保するため、事業者は損害賠償責任保険に加入します。
- (3) 物品の賠償にあたっては原状の復帰を原則とし、その対応にあたっては専門家による修理または復元を原則とします。
- (4) 修理または復元が不可能な場合は、原則として購入時の価格ではなく時価（購入価格や使用年数・耐用年数を考慮した額）をその賠償額範囲とします。そのため購入から長年を経過した品物については賠償を致しかねることがあります。
- (5) 取扱いに特別の注意が必要なもの等については、予めご提示をお願いします。ご提示のない場合、賠償を致しかねることがあります。
- (6) 事業者は以下の事由に該当する場合その他事業者の責に帰すべからざる事由により生じた損害については、損害賠償の責任を負わないものとします。
  - ①お客様またはそのご家族が、サービス提供のために必要な事項に関する聴取及び確認に対して、故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合。
  - ②お客様の身体の素因等による急激な体調の変化、その他事業者が提供したサービスの原因としない事由に起因して損害が発生した場合。
  - ③お客様またはそのご家族の金銭その他の財産が、事業者の責に帰すべからざる事由により紛失した場合。
  - ④サービス提供のため、お客様またはそのご家族の所有物品を通常的使用方法により使用したにもかかわらず、当該物品が耐用年数の超過その他の理由により破損した場合。
  - ⑤安全及び適正なサービスの提供を確保するため、事業者またはその従事者の指示、依頼に反して行ったお客様またはそのご家族の行為に起因して損害が発生した場合。

#### 1 7. お客様の損害賠償について

- (1) お客様及びそのご家族は、お客様またはそのご家族の責に帰すべき事由により、事業者又はそのサービス従事者の生命・身体・財産または信用に損害を及ぼした場合には、その損害賠償の責任を負うものとします。
- (2) お客様及びそのご家族は、家屋の内外を問わず、お客様またはそのご家族が飼われている犬、猫その他のペットが、サービス従事者に危害を及ぼしまたは負傷等をさせた場合には、本件に関する治療費を含む損害賠償の責任を負うものとします。

#### 1 8. ハラスメントの禁止について

- (1) 当社の従事者が、お客様またはその親族に対し、本契約第 17 条ないし第 18 条に反する行為を行なった場合、お客様は本契約の解除権を有するものとします。
- (2) お客様またはその親族が、当社の従業者に対し、本契約 17 条ないし第 18 条に反する行為を行なった場合には、当社は本契約の解除権を有するものとします。
- (3) 本契約第 17 条によって禁止されるセクシャルハラスメントとは具体的には以下の行為をいいます。
  - ①性的な冗談、性的なからかい、性的な質問
  - ②容姿あるいは身体的な特徴に関する発言や質問
  - ③食事やデートへの執拗な誘い
  - ④抱きつき・胸や陰部、おしり等の身体への不必要な接触ないしその要求
  - ⑤キスや自身の陰部を触らせる等性的な行為ないしその要求

- ⑥必要なく下半身を丸出しにすること
  - ⑦性的な書籍、写真、ビデオを見せつけること
  - ⑧その他上記に準ずるような性的な言動
- (4) 本契約第 18 条によって禁止されるパワーハラスメントとは具体的には以下の行為をいいます。
- ①叩く、殴る、蹴る、つねる、ひっかく、首を絞める等の暴力
  - ②包丁等の刃物を向ける、物を投げる、つばを吐きかける
  - ③脅迫、暴言、いきなり奇声を発する
  - ④名誉を毀損したり、人格を否定する
  - ⑤正当な理由もなく一方的に怒る
  - ⑥高圧的な態度で接する
  - ⑦気に入っている介護サービス従業者以外に批判的な言動をする
  - ⑧サービス内容に含まれないサービスを要求する
  - ⑨執拗に住所や電話番号等の個人情報を開示することを要求する等私的なことに過度に立ち入る
  - ⑩その他上記に準ずるようなもの

19. ご協力いただきたい事項

お客様およびそのご家族は、以下の事項についてご理解いただき、事業所が行う訪問介護の提供にご協力ください。

- (1) お客様の疾患および心身の状況などの事項は訪問介護等を行う上で、重要な情報です。詳細にお知らせいただき、従事者が行う状況把握にご協力ください。
- (2) 従事者個人の電話番号や住所はお知らせできませんので、予めご了承ください。
- (3) 従事者への仕事中的茶菓子、お礼は固くお断りしております。ご理解いただけますようお願い申し上げます。

20. 介護保険法及び厚生労働省令の改正について

国が定める「介護給付費（介護報酬）」および「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」等に改正があった場合、当社の料金体系及び人員、設備及び運営に関する基準は、国が定める「介護給付費（介護報酬）」および「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準」等に準拠するものとします。

21. 第三者による評価の実施状況（有・無）  
（評価機関）

（評価結果）

（実施年月日）令和 年 月 日

以 上



当社は、お客様または代理人様に対し、本サービス重要事項説明書により重要事項、第11条に定める守秘義務及び個人情報の使用等について説明し、お客様及び代理人様はサービスの提供開始、重要事項、個人情報の使用等について同意しました。  
本書交付を証するため、本書を2通作成し、当社、お客様（またはその代理人）は、記名捺印の上、各1通を保管するものとします。

|                   |       |                |
|-------------------|-------|----------------|
| 令和    年    月    日 |       |                |
| 事業者               | 所在地   | 広島市東区尾長東二丁目6-6 |
|                   | 法人名   | 株式会社 ニックス      |
|                   | 代表者名  | 西川 和 吉 印       |
|                   | 事業所名  | ニックス 中訪問介護事業所  |
|                   | 説明者氏名 | 山根 恵 印         |

私は、本書面により、事業者から訪問介護等サービスの内容および重要事項の説明を受けこの内容について同意します。

|                   |    |  |
|-------------------|----|--|
| 令和    年    月    日 |    |  |
| 利用者               | 住所 |  |
|                   | 氏名 |  |

|     |    |  |
|-----|----|--|
| 代理人 | 住所 |  |
|     | 氏名 |  |