

1. 事業者の概要

事業社名	布亀株式会社
代表者役職・氏名	代表取締役 布目 荘太
所在地	西宮市今津二葉町3-6
電話番号	(0798) 35-2121
定款の目的に 定めた事業	1. 医薬品の製造及び販売 2. 牛乳・乳製品並びに関連商品等の販売 3. 居宅介護支援事業 4. 訪問介護事業 5. 福祉用具貸与及び販売 6. その他これに付随する業務
担当部署・電話番号	マザーケア在宅介護サービス部 (0798) 35-2240
事業所数	居宅介護支援事業所 1ヶ所 訪問介護事業所 6ヶ所

2. 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	マザーケアヘルパーステーション神戸
所在地	神戸市東灘区深江本町3丁目8-22-602
電話番号	078-436-7003
介護保険指定番号	訪問介護・総合事業（訪問型サービス）
指定番号	兵庫県 2870100886号
その他のサービス	
サービスを提供する 地域 *	神戸市東灘区、神戸市灘区、芦屋市

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(2) 当事業所の訪問介護サービスの目的及び運営方針

- ・ お客様が自立した日常生活を営むことができるように援助を行います。
- ・ 「信頼」「安心」「お母さまの愛情」をお届けします。
- ・ 介護保険適用のサービス向上に努めるとともに、介護保険適用とならないサービスについては、お客様のご相談に応じたうえで当社オリジナルの自費契約（別途契約必要）もご案内しながら総合的なサービス提供に努めます。

※サービス従業者には、年2回以上の研修を実施し、又、必要に応じて研修の機会を設けて質の向上に努めています。

(3) 事業所の職員体制

職 種		常勤	非常勤
管 理 者		1 名	
サービス提供責任者		3 名	
従 事 者	介護福祉士	2 名	14 名
	初任者研修	0 名	8 名
	実務者研修	0 名	0 名
事 務 職 員		0 名	0 名

(4) 従業者の業務内容

職 種	業 務 内 容
管理者	従事者の管理、又、指定訪問介護・総合事業（予防専門型訪問サービス）のご利用申し込みに係る調整、業務実施状況の把握、その他の管理を行います。
サービス提供責任者	お客様の日常生活全般の状況および希望を踏まえて、指定訪問介護・総合事業（予防専門型訪問サービス）の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容などを記載した介護計画を作成し、お客様にその内容を説明いたします。又、指定訪問介護のご利用申し込みに係る調整、サービス従事者に対する技術指導など、サービスの内容管理を行います。
事務職員	訪問介護事業所の運営上必要な事務処理を行います。
サービス従事者	お客様の居宅に訪問し、訪問介護、総合事業（予防専門型訪問サービス）を実施します。

(5) サービス提供時間帯

月曜日から土曜日 午前9時から午後5時
 但し、12月30日から1月3日を除きます。
 ※上記時間帯以外をご希望の方はご相談下さい。

3. サービス内容

(1) 身体介護

- ・食事介助 ； 配膳、食事量チェック、おやつ介助、水分補給、下膳
- ・入浴介助 ； 入浴準備、手浴、足浴、シャワー浴、洗髪、浴後清掃
- ・排泄介助 ； ポータブル介助、尿器・便器介助、おむつ交換、陰部洗浄
- ・清潔の援助； 全身清拭、部分清拭、シーツ交換、口腔ケア、身だしなみ
- ・移動介助 ； トイレ誘導、車椅子介助、体位変換、通院介助、買物同行

(2) 生活援助

- ・買物 ； 買物に伴う金銭の取扱い、日常生活必需品買物、薬とり
- ・調理 ； 温め、きざみ食調理、普通食調理、配膳、あとかたづけ
- ・掃除 ； 居室・寝室・トイレ・浴室等の清掃、整理整頓、雑巾がけ
- ・洗濯 ； 洗濯、物干し、衣類管理

(3) その他のサービス

- ・介護相談、生活上の助言及び情報提供、安否確認、見守り（認知症）、等

※サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意下さい。

- ・ヘルパーは、医療行為や年金等の金銭の取り扱いはしかねますのでご了承下さい。（買い物等に伴う小額の金銭の取り扱いは可能です。）
- ・ヘルパーは、介護保険上、利用者（要介護者）の介護、支援を行います。
ご家族の食事の準備などの利用者以外のご利用は介護保険外となりますのでご了承下さい。
- ・サービス提供に関する諸記録及び、介護に要した費用の請求及び受領に係る記録は、その完結より訪問介護に関しては、市条例において定められた期間保管する物とする。また、総合事業（訪問型サービス）に関しては、5年間保管するものとする。利用者及び家族に限り記録の閲覧及び、実費負担により記録の複写物の交付を受ける事ができます。

4. 利用料金

（1）利用料

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割または2割または3割負担です。ただし、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。

※ 訪問介護 ご利用の場合 【料金表—基本料金・昼間—】

＜生活援助＞	20分以上45分未満	45分以上
単位数	179単位	220単位
料金	1,977円	2,431円

＜身体介護＞	20分以上30分未満	30分以上60分未満	60分以上90分未満
単位数	244単位	387単位	567単位
料金	2,696円	4,276円	6,265円

＜身体介護に引 続く生活援助＞	身体介護＋ 生活援助 20 分以上	身体介護＋ 生活援助 45 分以上	身体介護＋ 生活援助 70 分以上
単位数	65単位	130単位	195単位
料金	718円	1,436円	2,154円

※ 神戸市総合事業（訪問型サービス）ご利用の場合 【料金表—基本料金・昼間—】

区 分／月単位	基本料金	自己負担金	対 象
介護予防訪問介護費（Ⅰ） 総合事業（予防相当） 1月につき 1,176単位	1月につき 12,994円	1,300円	要支援1・2 週に1回程度の予防専門型訪問 サービスが必要とされた者
介護予防訪問介護費（Ⅱ） 総合事業（予防相当） 1月につき 2,349単位	1月につき 25,956円	2,596円	要支援1・2 週に2回程度の予防専門型訪問 サービスが必要とされた者
介護予防訪問介護費（Ⅲ） 総合事業（予防相当） 1月につき 3,727単位	1月につき 41,183円	4,119円	要支援2 週に2回を超える程度の予防専門 型訪問サービスが必要とされた者

- ※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。
- ※上記の料金設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、お客様の居宅サービス計画（ケアプラン）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、お客様の同意を得て2人で訪問した場合は、二人分の料金となります。
- ※新規に訪問介護計画書もしくは総合事業（予防専門型訪問サービス）の計画書を作成し、サービス提供責任者が初回訪問又は、担当訪問介護員を同行した場合は、200単位が加算されます。
- ※介護支援専門員と連携を図り、居宅サービス計画に無い訪問介護を緊急に行った場合は、100単位を加算します。（ただし身体介護のみ）
- ※介護職員処遇改善を目的とした介護職員等処遇改善加算Ⅱ（所定単位数に22.4%を乗じた単位数で算定）が加算されます
- ※総合事業（予防専門型訪問サービス）の利用料金は1ヵ月毎の定額制です。但し、月途中で要支援から要介護に変更になった時等、月途中からの利用開始、利用終了においては、日割り計算を行います。

（2）交通費

前記2の（1）のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

（3）キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金を頂きます。キャンセルが必要となった場合は至急ご連絡下さい。尚、総合事業（予防専門型訪問サービス）ご利用の方は、1ヶ月の定額制の為、キャンセル料は発生しませんが、相談の上、訪問日時の変更などの調整を行う事も可能ですので、必ずご連絡下さい。

（連絡先：（078）436-7003）

ご利用の24時間前までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用の12時間前までにご連絡いただいた場合	当該基本料金の10%
ご利用の12時間前までにご連絡がなかった場合	当該基本料金の50%

（4）その他

- ① お客さまの住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用はお客さまのご負担になります。
- ② **料金のお支払方法**は、毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、25日までにお支払い下さい。お支払い方法は、銀行振込、郵便振替、郵便局自動払込、現金払いの中からご契約の際に選べます。
- ③ 担当者が訪問できない場合は、お客様と相談し、時間・曜日の変更、ピンチヒッター対応を考慮します。又、状況によっては、お休みをさせて頂く場合もあります。

5. 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下さい。当社職員がお伺いいたします。

訪問介護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下さい。

(2) サービスの終了

- ① お客様のご都合でサービスを終了する場合サービスの終了を希望する1週間前までにお申し出下さい。

- ② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに通知いたします。

- ③ 当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

- ④ お客様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず15日以内に支払わない場合、または、お客様やご家族などが当社や当社のサービス従事者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

(3) 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設等に入所した場合。
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）となった場合。
- ・お客様がお亡くなりになった場合や、被保険者資格を失った場合。

(4) その他

- ・介護保険給付サービスを受けていたお客様の要介護認定区分において、要支援のお客様が要介護と認定された場合や、要介護のお客様が要支援と認定された場合には、お客様と事業者の双方の合意により、サービス計画を見直した上で、本重要事項に基づき契約の継続が出来るものとします。

6. 虐待及び身体拘束の防止について

当事業所はお客様の人権の擁護・虐待、身体拘束の防止等のために下記の対策を講じます。

- (1) 虐待、身体拘束防止のため指針の整備を行い、責任者を選定した上で定期的に委員会の設置をし、その結果について職員に周知します。
- (2) 虐待、身体拘束防止の啓発・普及のため職員の研修を実施します。

7. 感染症対策について

当事業所は感染症予防のため下記の対策を講じます。

- (1) 感染症予防の指針の整備を行い、責任者を選定した上で定期的に委員会を設置し、その結果について職員に周知します。
- (2) 感染症の発生の予防、蔓延防止のための職員の研修を実施します。
- (3) 新たな感染症蔓延時に対しては、業務継続計画（BCP）に基づいて対応します。

8. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

9. 事故発生時の対応、損害賠償責任保険

サービス提供中に事故が発生した場合は、事故状況や必要に応じて速やかに市町村、ご家族や関係機関に連絡を行うとともに必要な措置を講じ、再発防止に取り組めます。尚、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

保険の詳細	保険主体者	社会福祉法人 兵庫県社会福祉協議会
	引受幹事保険会社	三井住友海上火災（株）
	保険内容	ひょうご福祉サービス総合補償制度

10. 個人情報の公開について

当事業所はお客様と面談を行った後、お客様により良いサービスを提供するために社内ミーティング等に於いて、担当するヘルパーやサービス提供者、管理者にお客様の心身の状況や家族構成、病歴等の個人情報を報告させていただきます。お客様に関連する他の事業者との打ち合わせに際しても同様です。

11. 守秘義務について

当事業者及び当事業所の従業者は、サービスを提供するうえで知り得たお客様及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。なお、この守秘義務は、契約終了後、及び職員退職後も同様です。

12. サービス内容に関する苦情・相談窓口

当事業所 お客様相談窓口	受付担当者・役職	長岡かをる（マザーケアヘルパーステーション神戸 管理者）
	連絡先・受付時間	078-436-7003 （9:00～17:00）
	解決責任者・役職	福本 謙（マザーケア在宅介護サービス部 次長）
	連絡先・受付時間	0798-35-2240 （9:00～17:00）

☆公的機関、次の機関においても苦情の申し出ができます。

公的機関 相談窓口	神戸市福祉局	神戸市中央区加納町 6-5-1
	監査指導部	連絡先 078-322-6241
	兵庫県国民健康保険 団体連合会	神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番 1-1801 センタープラザ 16 階
	介護サービス相談係	連絡先 078-332-5617

令和 年 月 日

訪問介護・総合事業の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に
基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 布 亀 株 式 会 社
事業所 〒658 - 0021
所在地 神戸市 東灘区深江本町 3 丁目 8-22-602
名 称 マザーケアヘルパーステーション神戸 印
説明者 氏 名 印

私は、契約書および本書面により事業者から、訪問介護・総合事業（予防専門
型訪問サービス）についての重要事項の説明を受けました。

利用者

住所 _____

氏名 _____ 印

(家族又は代理人)

住所 _____

氏名 _____ 印（続柄： _____）