

居宅介護・重度訪問介護 重要事項説明書

＜令和 7 年 6 月 21 日現在＞

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 049 (239) 5644 (午前 9 時～午後 5 時まで)

FAX 049 (234) 6132

担当 小川 一恵 青木 美奈子

※ご不明な点は、なんでもお尋ねください。

2 ホームケア みなみかぜの概要

(1) 提供できるサービスの種類

訪問介護サービス、介護予防訪問介護サービス

(2) 施設の名称及び所在地等

施 設 名 称	ホームケア みなみかぜ
所 在 地	川越市吉田 204 番地 2
指定居宅介護事業	平成 18 年 10 月 1 日
指定重度訪問介護事業	平成 18 年 10 月 1 日
指定埼玉県	1110400197
介護保険事業者番号	1170400392 (訪問介護事業者)
その他のサービス	1170400095 (居宅介護支援事業者)
サービスを提供する対象地域	川越市

上記地域以外の方でも、ご希望の方はご相談ください。

(3) 同事業所の職員体制

	業務内容	計
管理者	サービス管理全般	1 名
サービス提供責任者	生活上の相談等	2 名
事務職員	一般事務・料金請求等	名
従	介護福祉士	3 名
事	1～2 級修了者	2 名
	日常介護業務	

(4) サービスの提供時間帯

	通常時間帯 8 時～18 時	早朝 7 時 30 分～8 時	夜間 18 時～19 時
平日	○	○	○

土・祭日	○	○	○
------	---	---	---

(5) サービス内容

	サービス内容
身体介護	・ 食事介護 ・ 入浴介護 ・ 排泄介助 ・ 清拭 ・ 体位変換
生活援助	・ 買い物 ・ 調理 ・ 掃除 ・ 洗濯
その他のサービス	・ 介護相談

3 利用料金

上記サービス利用に対して、通常 9 割が介護給付の給付対象となります。事業者が介護給付費を代理受領する場合に歯、利用者は利用者負担分として、サービス料金の 1 割（定率負担）を事業者にお支払いいただきます。（個別免除が適用される場合には、減免後の金額となります。）

【2 人のホームヘルパーで訪問を行った場合】

- 1 人でヘルパーによる介護が困難と認められる場合で、かつ利用者もしくはご家族の同意のもと、2 人のヘルパーでサービス提供を行った場合は、2 倍の利用者負担額を頂きます。

【利用者負担額の上限等について】

- 介護給付費対象のサービス対象のサービスの利用者負担額は上限が定められています。
- 利用者のご希望により、当事業所を利用者負担の上限管理者に選任される場合には、サービス利用開始の際に、その旨をお伝え下さい。

4 サービス利用にかかる実費負担額

サービス提供に要する下記の費用は、介護給付費支給の対象ではありませんので、実費を頂くことになります。

- ① 通常のサービス実施区域以外の地域にお住まいの方で、当事業所のサービスをご利用される場合には、ホームヘルパーが訪問する為の交通費を頂きます。サービス利用料と共に 1 ヶ月ごとのお支払いとなります。（尚、交通費は、サービス実施地域を超えた地点から、1 キロ当たり 12 円とさせていただきます。）
- ② 外出時の移動中の介護について、ホームヘルパーに公共交通機関の交通費、入場料等が、必要な場合、その実費を頂きます。（サービス利用時に、その都度ご負担していくこととなります。）

(1) キャンセル料

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。

時間	訪問予定		
	早朝訪問予定	AM 訪問予定	PM 訪問予定
前日 17 時までのキャンセル	かかりません	かかりません	かかりません
前日 17 時以降のキャンセル	20%	かかりません	かかりません
当日 8 時まで（利用 1 時間前）のキャンセル	40%	20%	かかりません
当日 8 時以降（利用 1 時間前）のキャンセル	———	40%	20%
当日 PM（利用 1 時間前）のキャンセル	———	———	40%

*介護保険基本単位に地域単価を計算した金額（10 割相当）に対する割合です。

(2) お支払方法

毎月、15 日頃までに前月分の請求書を送付致しますので、請求を受けた日から二週間以内にお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収書を発行します。

またお支払い方法は、ご契約の際に決めさせていただきます。（引き落とし・振込み等）

(3) その他

利用者のお住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用は利用者のご負担になります。

5 サービスの利用方法

(1) サービス利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所職員がお伺い致します。

契約後に、「居宅介護計画」を作成し、「居宅介護計画」に基づきサービスの提供を開始いたします。

(2) サービス提供について

①サービスは「居宅介護計画」に基づき行なっていきます。サービス実施に関するホームヘルパーへの指示・命令は全て事業者が行ないます。（ただし、実際のサービス提供にあたっては、利用者の訪問時の状況・事情・意向等について十分に配慮していきます。）

②サービス提供にあたり、必要な備品等（水道・ガス・電気を含みます）は利用者負担で使用させていただきます。（必要時、ホームヘルパーが事業所に連絡をする場合の電話も利用者負担でお願いします。）

(3) サービス内容の変更

訪問時に、利用者の体調等の理由により居宅介護計画で予定されていたサービスの実施が出来ない場合には、利用者の同意を得て、サービス内容を変更いたします。（その場合、事業者は変更したサービス内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。）

(4) 受給者証の確認（契約書第 3 条参照）

「住所」及び「利用者負担額」、「支給量」等、「受給者証」の記載内容に変更があった場合には速やかにホームヘルパーにお知らせ下さい。また、担当ホームヘルパーやサービス提供責任者が「受給者証」の確認をさせて頂く場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

(5) ホームヘルパーの禁止事項

ホームヘルパーはサービスの提供にあたって、次に該当する行為は行なう事が出来ませんので、ご了承下さい。

- ① 医療行為
- ② 利用者もしくはご家族等の金銭・預貯金通帳・証書・書類等の預かり
- ③ 利用者もしくはご家族からの金銭又は物品、飲食の授受
- ④ ご契約者の家族等に対するサービスの提供
- ⑤ 飲食・喫煙及び飲酒
- ⑥ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命・身体を保護する為、やむを得ない場合を除く）
- ⑦ その他利用者もしくはその家族等に対して行なう宗教活動・政治活動・営利活動及びその他の迷惑行為

(6) サービス利用契約の終了

①利用者のご都合でサービス利用契約を終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

②当事業所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30日前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了致します。

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合……入所日の翌日
 - ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合……非該当となった日
- ※この場合、条件を変更して再度契約する事ができます。
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合……死亡日の翌日

④その他

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、利用者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、又は当事業所が破産した場合、利用者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。
- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払いを30日以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、15日以内に支払われない場合、利用者が正当な理由なくサービスの中止をしばしば繰り返した場合、利用者が入院又は病気等で3ヶ月以上にわたりサービスが利用できない状態であることが明らかになった場合、又は利用者やご家族等が当事業所や当事業所職員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、即座に契約を終了させていただく場合がございます。

6 サービス実施の記録について

(1) サービス実施記録の確認

当事業所では、サービス提供ごとに実施日時及び実施内容等を記録し、利用者によるその内容をご確認頂きます。内容に間違いやご意見等があればいつでもお申し出下さい。

(2) 利用者の記録や情報管理、開示について

当事業所では、関係法令に基づき、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示いたします。(開示に際して、必要なコピー代等の諸費用は、利用者の負担となります。)

8 当事業所のサービスの特徴

別途の資料をご覧ください。

9 相談、要望、苦情の窓口

この契約の履行等に関する相談や苦情につきましては、当施設生活相談員のほか、介護保険証を発行した市区町村、国民健康保険団体連合会の窓口でもお受けしています。

★サービス相談窓口★

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. ホームケア みなみかぜ | 担当者： 小川 一恵、 青木 美奈子 |
| 電話番号： 049-234-1200 | (受付時間 9時～17時) |
| 2. 川越市役所 障害者福祉課 | |
| 電話番号： 049-224-8811 | (受付時間 9時～17時) |
| 3. 埼玉県運営適正化委員会 | |
| 電話番号： 048-822-1243 | (受付時間 9時～16時) |

10 秘密の保持

- (1) 従業者に業務上知りえた利用者又は家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
- (2) 利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。
- (3) 利用者又はその家族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・福祉関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

11 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、サービス提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いた

します。

尚事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名：株式会社 損害保険ジャパン

保 険 名：損害賠償保険

1 2 非常災害対策

- (1) 事業所に災害対策に関する担当者（防火責任者）をおき、非常災害対策に関する取り組みを行います。

防火責任者： 管理者 島村 浩司

- (2) 非常災害対策に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報、連携体制を整備し、定期的に職員に周知します。
- (3) 定期的に避難、救助その他必要な訓練を行います。

1 3 サービス提供に関する相談、苦情

- (1) 苦情処理の体制及び手順

ア) 苦情は面接、電話、書面などにより苦情受付担当者が随時受け付けます。

イ) 第三者委員に直接苦情を申し立てることもできます。

- (2) 苦情の報告、苦情の確認

ア) 苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（苦情申し出人が第三者委員への報告を辞退した場合を除く）に報告します。

イ) 施設内に苦情処理及びサービスの向上委員会を設置しておりますので報告いたします。

ウ) 第三者委員は内容を確認し、苦情申し出人に対して、苦情を受け付けた旨を通知します。

エ) 苦情処理及びサービスの向上委員会へ協議を依頼します。

- (3) 苦情解決の為の話し合い

ア) 苦情解決責任者（苦情受付担当者）は、苦情申し出人と誠意を持って話し合い解決に努めます。

イ) その際、苦情申し出人は、第三者委員の助言や立ち合いを求めることができます。

ウ) 第三者委員の立ち合いによる話し合いは、次のように行います。

- 1) 第三者委員による苦情の確認
- 2) 第三者委員による解決案の調整及び助言
- 3) 話し合いの結果や改善事項の確認

- (4) 本事業所で解決できない場合

本事業所で解決できない場合は下記に設置されたところに申し立てることができます。

- | | | |
|--------------|----|-------------------------|
| ・川越市介護保険課 | 電話 | 0 4 9 - 2 2 4 - 8 8 1 1 |
| ・埼玉県社会福祉協議会 | 電話 | 0 4 8 - 8 2 2 - 1 1 9 1 |
| ・埼玉県運営適正化事務局 | 電話 | 0 4 8 - 6 4 8 - 0 1 1 0 |

14 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ速やかに連絡いたします。

緊急連絡先①	
氏 名	
住 所	
電話番号	
続 柄	
緊急連絡先②	
氏 名	
住 所	
電話番号	
続 柄	
主治医	
名 称	
医師名	
住 所	
電話番号	

令和 年 月 日

訪問介護等の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し、同意を得ました。

事業者	所在地	川越市吉田 2 0 4 番地 2
	名 称	社会福祉法人 健友会
	名 称	ホームケア みなみかぜ

説明者 所 属 ホームケア みなみかぜ

氏 名 _____ 印 _____

私は、契約書及び本書面により、事業者から訪問介護等についての重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者 住 所

氏 名 _____ 印 _____

(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

身元引受人 住 所

氏 名 _____ 印 _____