

訪問介護重要事項説明書

訪問介護サービス(介護予防訪問介護相当サービス)の契約締結にあたっては、「訪問介護重要事項説明書」に基づいて説明を受け、その内容についてご確認のうえ、同意される場合は、当該書類に署名若しくは記名捺印をお願いいたします。

なお、心身の状況により、署名等又はご判断等に支障がある場合は、ご家族又は成年後見人等の方が代理で署名若しくは記名捺印等の契約手続きをお願いいたします。

1. サービスの提供主体

訪問介護事業者	
名称	パーソナルケアサポート株式会社
代表者	高津佐 正太
所在地	愛知県名古屋市中区栄二丁目1番12号 ダイアパレス伏見 3F
電話番号	052-211-8844

2. 事業所運営の基本方針

- (1)ご利用者の心身の状況等に応じて、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支援することを目的として、居宅介護サービス計画に基づいて訪問介護計画を作成し、適切に訪問介護サービスを実施いたします。
- (2)適切なサービスの提供のために、関係市区町村、主治医、地域のサービス提供事業者等との密接な連携をはかり、総合的なサービスの提供に努めます。

3. 訪問介護サービスを提供する事業所の概要

県より指定訪問介護事業所の指定を受け、次の体制のもとに訪問介護サービスを提供いたします。

- (1)訪問介護サービス事業所の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	パーソナルケアステーション春日井
所在地	春日井市柏原町5丁目31番地
介護保険指定番号	指定訪問介護事業所(2372504924)号 予防専門型サービス(23A2500032)号
通常のサービス提供地域	春日井市、小牧市、瀬戸市、尾張旭市、豊山町、名古屋市北区・西区・守山区・名東区

- (2)営業時間及びサービスの提供相談窓口連絡先

電話番号	0568-37-1651
営業時間	月曜日～金曜日／午前9時～午後6時(日曜日、祝日、年末年始は休業) 但し、訪問介護サービスのご利用につきましては、上記曜日・時間以外でも承ります。

- (3)事業所の職員体制(単位:人)

(管理者はサービス提供責任者と兼務)

資格	管理者		サービス提供責任者		訪問介護員		その他	
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
介護福祉士	1		1	1	4	8		
実務者研修修了者					2	2		
介護職員基礎研修1級課程修了者								
介護職員基礎研修2級課程修了者					1	4		
初任者研修終了					1	3		
介護保険法施行規則第22条の23第1項に規定する介護職員基礎研修修了者								

看護師						1	1
合計	1	1	1	9	14	1	1

4. 介護保険で利用できるサービス内容

(1) 次の訪問介護サービスは介護保険を利用できます。

身体介護	健康確認、排泄介助、食事介助、清拭、入浴、身体整容、体位交換、移動介助、移乗介助、外出介助、起床および就寝介助、服薬介助、自立支援のための見守りの援助など
生活援助	住居の清掃、洗濯、ベッドメイク、衣服の整理、被服の補修、一般的な調理、買い物、薬の受け取りなど
上記の併用	身体介助と生活援助の併用

(2) 次のサービスは、介護保険の利用はできませんが、自費でのご利用は可能ですのでご相談ください。

- ア、病院内での付き添い
- イ、ご利用者以外の洗濯・調理・買い物・布団干し等
- ウ、主としてご利用者が使用する居室等以外の掃除
- エ、来客時の応接(お茶、食事の手配等)
- オ、自家用車の洗車・清掃
- カ、草むしり、花木の水やり等
- キ、ペットの世話(犬の散歩等)
- ク、家具・電気器具等の移動、修繕、模様替え等
- ケ、大掃除、窓のガラス磨き、床のワックスがけ等
- コ、室内外家屋の修理、ペンキ塗り等
- サ、特別な手間をかけて行う料理(おせち料理、パーティー料理等)

5. 訪問介護サービスの利用料

(1) 自己負担額

利用料は、介護保険法の定める介護報酬の額をもとに計算され、介護保険負担割合証記載の割合が利用者負担額となります。

(2) 利用料の変更

介護保険法等の改正により、利用料が変更になる場合は、文書等でお知らせします。

(3) 利用料の金額例

ご負担いただく具体的な金額については、別紙でご確認ください。

(4) 複数の訪問介護員によるサービス

訪問介護員が2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。但し、訪問介護員の引継ぎ等により2人以上で訪問した場合は1人分の料金です。

(5) サービス訪問に関する交通費

訪問介護員がご利用者の自宅に訪問するために要する交通費は無料です。但し、通常のサービス提供実施地域以外に訪問する場合や、買い物又は通院介助等の交通費は、利用者のご負担となります。

(6) サービス提供のための電気代等

ご利用者の自宅において、訪問介護員がサービスを提供するために必要なガス、水道、電気、電話等の費用は、ご利用者の負担になります。

(7) 要介護認定前のサービスの実施

要介護認定の申請日以降、要介護認定前でもサービスをご利用できます。但し、認定結果によって利用額が利用限度額を超えた場合、その超えた金額は、ご利用者に負担していただくこととなります。

6. サービスの利用を中止する場合のキャンセル料

サービス提供予定日時の5時間前から直前の間に、キャンセルのご連絡を頂いた場合。 (留守番電話又は直接連絡ください)	サービス費用全額のキャンセル料を自費でご負担していただくこととなります。 但し、ご利用者の病状の急変又は急な入院等による場合は、キャンセル料は不要です。
サービス提供予定日時の5時間前までに、キャンセルのご連絡があった場合。	サービス費用の50%を自費でご負担頂くこととなります。

(留守番電話又は直接連絡ください)	
ご利用の前日までに、キャンセルのご連絡を頂いた場合(留守番電話又はFAXでも可能です)	無料

※利用者の選定により、通常の事業の実施地域以外で当該介護サービスを行う場合、それに要する交通費の額及びその算定方法は、自動車を利用した場合、片道1キロにつき50円。

7. 利用料の支払い方法

1か月ごとに計算し、翌月請求しますので末日までにお支払いください。支払いは、以下のいずれかの方法でお支払いください。

ア 現金支払い イ 指定口座への振り込み ウ その他

8. サービスのご利用方法

(1) サービスの利用及び契約

直接相談窓口に来ていただくか、相談窓口の電話番号にお電話ください。事業所のサービス提供責任者をご自宅に伺い、重要事項や介護保険制度のご説明後に「訪問介護契約」の締結を行い、訪問介護サービスの提供を開始させていただきます。但し、要介護認定を受けておられない場合又は居宅介護支援契約が未了の場合は、要介護認定の手続き又は居宅介護支援契約の締結についてご支援をいたします。

(2) 契約の開始及び期間

契約は、「訪問介護契約」の締結日以降に到来する居宅サービス計画に基づくサービス実施日が開始日となり、ご利用者の要介護状態区分の有効期限が満了する日をもって終了いたします。但し、ご利用者から、終了することのお申し出がない場合には、次の要介護状態区分の有効期限満了日まで自動的に更新されます(以後も同様の取扱いとなります)。

(3) 契約の終了

ア、ご利用者のご都合で契約を終了する場合

契約の解約について、事業所窓口にご連絡ください。事業所より解約の書類を送付させていただきますので、お手数ですが必要事項をご記入のうえ、ご返送ください。

イ、事業所のご都合で契約を終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、ご利用者への訪問介護サービスの提供を終了させていただく場合には、終了する1ヵ月前までに事業所より、文書でお知らせするとともに、サービスが中断しないよう、地域の他の訪問介護事業者を紹介させて頂く等の必要とする支援を行います。

ウ、自動終了となる場合

次の場合は、自動的に契約は終了となりますのでご了承ください。

- ①居宅サービス計画において、訪問介護サービスの位置付けが無くなったとき。
- ②ご利用者が医療機関又は介護保険施設に入院・入所され、一定程度の期間が経過したとき。
- ③ご利用者の要介護認定区分が自立(非該当)と認定されたとき。
- ④ご利用者がお亡くなりになられたとき又は介護保険の被保険者資格を喪失されたとき。

エ、その他

当事業所は、正当な理由がなく、訪問介護サービスの提供を拒否することはありません。

ただし、次の場合は、訪問介護サービスを中止させていただくとともに、ただちに保険者(市区町村)に連絡いたします。

- ①介護給付等対象サービスの利用に関する指示に従わない等により、要介護状態等の悪化をもたらす場合。
- ②偽りその他の不正行為によって保険給付を受け、または受けようとした場合。

(4) 金銭のお取り扱いについて

当事業所は、ご利用者にサービスを提供する際に必要な買い物等に伴う少額の金銭以外は、お預かりいたしません。また、買い物等でお預かりした金銭等については、つり銭、レシート及び所定の精算用紙をお渡します。その都度確認の署名若しくは捺印をお願いいたします。

(5) 介護支援専門員(ケアマネジャー)との連携

サービスの提供にあたり、担当の介護支援専門員との緊密な連携を図り、より良いサービスを提供いたします。また、ご利用者がケアプランの変更を希望される場合は、速やかに担当の介護支援専門員に連絡し、調整いたします。

9. 個人情報の保護

(1) 情報の保護および利用の制限

当事業所は、業務上知り得たご利用者及びご家族等の個人情報を、正当な理由なく第三者に漏らすことはいたしません。

ただし、ご契約に基づくサービスを提供するうえで必要な場合、「個人情報使用同意書」に定められた範囲内で必要な情報を提供させていただきますので、予めご理解ください。

(2) 個人情報の利用目的の変更

次に記載される事項に該当する場合は、必要とされる情報を提供するとともに、利用目的の変更についてご連絡いたします。

ア、法令に基づく場合。

イ、人の生命、身体又は財産の保護のために必要であって、事前に同意を得ることが困難であるとき。

ウ、国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が、法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある、ご利用者の同意を得ることにより、当該事務の遂行に支障を及ぼすと判断したとき。

(3) 守秘義務の継続

守秘義務は、ご利用者と事業者の契約が終了した後も遵守いたします。

10. 緊急時及び事故発生時の対応

(1) ご利用者の病状の急変、その他必要な場合には、医療機関及びご家族並びに必要と判断される関係者等に直ちに連絡し、必要な措置を講じます。

(2) ご利用者に対するサービスの提供に関して事故が発生した場合には、直ちにご利用者又はご家族にご連絡いたします。合わせて、保険者(区市町村)にも連絡し、事故の原因を解明するとともに再発を防ぐための対策を講じます。

(3) 事業所は、サービス提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により、賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

11. サービス内容に関する相談・苦情等の対応体制

(1) 次の事項について、ご相談や苦情等がある場合、事業所の窓口までご遠慮なくお申し出ください。

ア、事業所が提供するサービスについて。

イ、居宅サービス計画に基づいて提供している各種サービスについて。

(2) 営業時間及びサービスの提供相談窓口連絡先

相談窓口	パーソナルケアステーション春日井		
電話番号	0568-37-1651	FAX 番号	0568-37-1652
営業時間	月曜日～金曜日／午前 9 時～午後 6 時 (土曜日、日曜日、祝日、年末年始は休業)		
担当者役職・氏名	管理者：村井 直美		

(3) 当事業所窓口以外でも、ご相談や苦情などについて下記の窓口でも受け付けています。

春日井市役所 健康福祉部 介護高齢福祉課	所在地	春日井市烏居松町 5-44
	電話番号	0568-85-6921
	受付時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 (土・日・祝日、年末年始は休業)
	所在地	
	電話番号	
	受付時間	

愛知県国民健康保険 団体連合会 介護サービス苦情相談窓口 介護福祉室	所在地	名古屋市東区泉1丁目6番5号		
	電話番号	052-971-4165	FAX 番号	052-962-8870
	受付時間	午前9時～午後5時 (土・日・祝日、年末年始は休業)		

(4)相談・苦情対応方

- ア、相談・苦情のお申し出があったときには、お申し出の内容について、真摯に受け止め、懇切丁寧に
対応いたします。
- イ、お申し出内容につきましては、正確に把握するために、ご利用者の自宅にお伺いし、関係する
方々に 直接確認を行う場合がありますのでご了承ください。
- ウ、対応結果につきましては、文書又は口頭で回答させていただきます。なお、必要に応じて、市区
町村に報告いたします。

12. 高齢者虐待防止について

事業所は、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)年2回以上の定例研修等を通じて、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)管理者を担当者とし、従業者がサービスの提供にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を
整えるほか、従業者がご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。
- (3)事業所は高齢者虐待防止法に定める通報ができるものとし、その場合、事業所は秘密保持義務
違反の責任を負わないものとします。
- (4)虐待防止責任者は、サービス提供責任者 とする。

13. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1.あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	
2.なし			

事業者は、訪問介護サービスの提供開始にあたり、利用者又は代理人に対して、本書面に基づく重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者

事業者名	パーソナルケアサポート株式会社 印
所在地	名古屋市中区栄二丁目1番12号 ダイアパレス伏見3F
事業所名	パーソナルケアステーション春日井
所在地	春日井市柏原町5丁目31番地
管理者	村井 直美
説明者 (代表取締役)	高津佐 正太

利用者又は代理人は、事業者から訪問介護サービスの提供に関する重要事項について説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

利用者

住所	
署名・記名捺印	印

代理人

住所	
署名・記名捺印	印
関係	