

訪問介護重要事項説明

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 046-281-8943 (午前8時00分～午後18時00分まで)

担当 小嶋 小百合

*ご不明な点は、お気軽にお問い合わせください。

2 合同会社 ホームケアふじ

(1) できるサービスの種類と地域

事業者番号	1471600468
事業所名	合同会社ホームケアふじ
所在地	神奈川県愛甲郡愛川町中津300-1 エスポワールA 105
サービス提供地域	愛川町全域、厚木市一部地域

(2) 事業所の職員体制 () 内は男性再掲

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	介護職員実務者研修課程修了者	1名 ()	名 ()	事業所運営の管理 サービス提供の管理 訪問介護の提供	1名 ()
サービス提供責任者	介護職員実務者研修課程修了者	4名 ()	2名 ()	サービス提供の管理 訪問介護の提供	6名 ()
事務職員		1名 ()	名 ()	事務	1名 ()
従事者	介護福祉士	1名 ()	3名 ()	訪問介護の提供	4名 ()
	ヘルパー養成講習1級修了者	名 ()	名 ()		名 ()
	ヘルパー養成講習2級修了者	名 ()	名 ()		名 ()
	介護職員基礎研修課程修了者	名 ()	4名 (1)		4名 (1)
	介護職員実務者研修課程修了者	3名 ()	2名 ()		5名 ()

(3) 事業所営業時間

8:00～18:00 (日曜、年末年始休暇を除く)

(4) サービス提供時間

	通常時間帯 8:30～17:30	早朝 6:00～8:00	夜間 18:00～22:0	深夜 22:00～6:00	備考
平日	○	×	×	×	
土・祭日	○	×	×	×	

*日曜日のサービスは提供しておりません。

*年末年始休暇は、12月30日から新年1月3日まで

3 サービス内容

- (1) 身体介護 ①食事介助 ②入浴介助 ③排泄介助 ④清 拭 ⑤体位交換 等、
- (2) 生活援助 ① 買い物 ②調 理 ③掃 除 ④洗 濯 等、
- (3) その他 介護相談 等、

4 利用料金

(1) 基本料金

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、利用者の負担金は基本料金（料金表）の1割～3割です。

(1) この金額は介護保険の法定利用料に基づく金額です。

(2) 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）

(3) 加算について

処遇改善加算Ⅰ、特定処遇改善加算Ⅱ、ベースアップ等支援加算を算定しております。

※介護職員処遇改善加算及びベースアップ等支援加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組みを行う事業所に認められる加算です。

初回加算・・・初回加算は、新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合に加算します。

※ 利用料金 = 別紙にて記載し、説明いたします。

(2) 交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域へのサービスの提供は無料です。

（それ以外の地域へのサービス提供の方は、当事業所の従事者がお伺いするための交通費の実費を頂戴します。）

(3) キャンセル料

利用者の都合でサービスの利用の中止をする際には、サービス利用日の前日の17：30までに事業所まで連絡してください。利用日当日サービスを中止された場合はキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の体調不良による受診時、葬祭、悪天候により訪問が難しく中止になった場合は、キャンセル料は不要です。

※ 当日キャンセル1回につき1500円

(4) その他費用

利用者の居宅で、サービスを提供するために必要な、水道、ガス、電気等の費用は利用者の負担となります。

(5) 料金のお支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、30日以内にお支払いください。

お支払方法は、現金集金、口座自動引き落としの2通りの中からご契約の際にお選び下さい。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

サービスの提供の依頼を受けた後、契約を結び、訪問介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

※ 居宅介護サービス計画（ケアプラン）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。

(2) 契約終了

以下の場合、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者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利用者の要介護認定が、非該当（要支援また自立）と認定された場合
- ・利用者が亡くなられた場合および被保険者資格を喪失した場合

(4) 利用者の解除権

① 利用者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日の一週間前までにお申し出下さい。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合
- ・守秘義務に反した場合
- ・利用者や家族などに対して不法行為を行った場合
- ・当事業所が破産した場合利用者はサービスを終了することができます。

(5) 事業所の解除権

- ① 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ヵ月前までに文書で通知いたします。
- ② 利用者が、サービス利用料金の支払を2ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合は解除することができます。
- ③ 利用者またはその家族が当事業所との信頼関係に支障をきたし、その回復が困難であり適切なサービスの提供を継続できないと判断した場合は本契約を解除することができます。

6 当事業所の訪問介護サービスの特徴など

事 項	有 無	備 考
ホームヘルパーの変更の可否	有	変更を希望される方はお申し出て下さい。
従業員への研修の実施	有	一ヶ月に一回全体研修、及びミーティング
指示書の作成	有	

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせに従い、主治医、救急隊、親族、居宅介護予防支援事業者等へ連絡します。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
主治医への 連絡基準		

8 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、家族、関係医療機関、居宅介護支援事業者、市町村への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

9 守秘義務に関する対策

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

10 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したサービス内容等を記録し、利用者にその内容の確認を頂き、その控えを利用者にお渡しします。

内容に間違いや、ご意見が有ればいつでもお申し出ください。

尚、訪問介護計画及びサービス提供ごとの記録は、その完結の日より五年間保存します。

② 利用者の記録や情報の管理、開示について(契約書第5条参照)

当事業所では、関係法令に基づいて、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します。(開示に際して必要なコピー料等費用は、利用者の負担です)

11 サービス内容に関する苦情

① 当事業所お客さま相談 苦情担当

担当 小嶋 小百合 電話 046-281-8943

② その他

当社以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

市区町村所管課：愛川町高齢介護課 介護保険班 連絡先電話：046-285-6938

住所：愛川町角田251-1

厚木市福祉部 介護福祉課 連絡先電話：046-225-2240

住所：厚木市中町3-17-17

国民健康保険団体連合会：介護苦情相談課 連絡先電話 045-329-3447

住所：横浜市西区楠町27-1番地

12 当社の概要

名称・法人種別 合同会社ホームケアふじ

代表者役職・氏名 代表社員 小嶋 小百合

本社所在地・電話番号：神奈川県愛甲郡愛川町中津300-1 エスポワールA 105
電話046-281-8943

定款の目的に定めた事業

1, 訪問介護事業：同上 電話 同上

13 その他

(1) サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。

- ① ヘルパーは、医療行為や年金等の金銭の取り扱いはいたしかねますので、ご了承ください(家事援助として行う買い物等に伴う少額の金銭の取り扱いは可能です。)
- ② ヘルパーは、介護保険制度上、利用者の介護や家事の準備等を行うこととされています。家族の方の食事の準備など、それ以外の業務については介護保険外のサービスとなりますので、ご了承ください。
- ③ ヘルパーに対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

14 第三者評価実施状況

当事業所は、第三者評価機関による評価を実施しておりません。

令和 年 月 日

訪問介護の提供開始にあたり、重要事項についての文書を交付し説明を致しました。

事業者

所在地 神奈川県愛甲郡愛川町中津

300-1 エスポワールA 105

名称 合同会社ホームケアふじ 印

(事業所番号、1471600468)

重要事項 説明者

氏名 _____ 印

私は、訪問介護サービスの利用にあたり、事業者より訪問介護についての重要事項についての説明を受け、同意し、交付を受けました。

利用者 住所

氏名 _____ 印

(代理人) 住所

(続柄)

氏名 _____