

居宅介護・重度訪問介護 重要事項説明書

(令和4年4月1日現在)

1 事業者の概要

名称	合同会社すずかぜ
法人種別	合同会社
法人所在地	横浜市瀬谷区三ツ境 166 番地 9
電話番号	045-744-8974
代表者氏名	代表社員 青木辰夫
法人の沿革・特色	「その人に寄り添い、常にベストを尽くす」という理念の下に、住み慣れたご自宅で安心した日々を過ごしていただけるように支援をしています。

2 事業所の概要

事業所の名称	すずかぜ ヘルパーステーション
事業所の所在地	横浜市瀬谷区三ツ境 166 番地 9
事業所電話番号	045-744-8974
サービス提供地域	横浜市瀬谷区全域、旭区の一部（笹野台、東希望ヶ丘 100 番地から 260 番地、若葉台）
サービス提供時間帯	サービス提供は 365 日 24 時間対応 事務所は月～金（祝日、年末年始は除く）9 時～17 時 ※但し連絡は 24 時間可能
事業所番号	1 4 1 3 4 0 0 4 4 9（平成 25 年 11 月 1 日指定）
運営方針	1 ご利用者様が居宅において自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言並びにその他の生活全般にわたる援助を適切に行う 2 事業の実施にあたっては、ご利用者様の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める 3 事業の実施にあたっては、地域との結び付きを重視し、市町村、他の障害福祉サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努める 4 事業の実施にあたっては、前 3 項の他、関係法令等を遵守する
自己評価実施状況	なし
第三者評価実施状況	なし

職員への研修の実施状況	① 採用時研修 採用後3ヶ月以内 ② 継続研修 年2回（必要に応じて随時増回）
-------------	--

3 事業所の職員制

職種	常勤 (人)	非常勤 (人)	合計員数 (常勤換算)	資格等
管理者	1		1	介護福祉士
サービス提供責任者	2	0	2	介護福祉士
ヘルパー	7	50	57 (19.2)	介護福祉士・ヘルパー2級等
事務員	1	0	1	

4 主たる対象者

対象者の限定はしていません

5 提供するサービスの内容（ご利用者様の受給内容で提供できるサービスが異なります）

①身体介護

食事介護	食事の介助を行います。
入浴介護・清拭	入浴の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
更衣介助	衣服の着脱の介助を行います。
排泄介護	排泄の介助、オムツ交換を行います。
その他	居宅介護計画に記した必要時な介護を行います。

③ 家事援助

調理	食事の用意を行います。
衣類の洗濯	衣類などの洗濯を行います。
買物	日常生活に必要な物品の買物を行います。
掃除	居室の掃除や整理整頓を行います。
その他	居宅介護計画に記した必要な家事を行います。

④通院等介助

病院等への通院支援	通院の為の屋内外における移動などの介助又は通院先の受診などの手続き、移動の介助を行います。
-----------	---

⑤重度訪問介護

重度訪問介護サービスの提供	入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、外出時における移動中の介護並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行います。
---------------	--

⑥その他のサービス

日常生活の相談等	介護の相談などを行います。
----------	---------------

(2) ヘルパーの禁止行為

- ① ご利用者様に対する暴力等の虐待行為
- ② 医療行為及び医療補助行為
- ③ 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
- ④ ご利用者様の同居家族に対するサービス提供
- ⑤ ご利用者様の日常生活の範囲を超えたサービス提供（大掃除、庭掃除、ペットの世話など）
- ⑥ ご利用者様の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦ 身体的拘束その他ご利用者様の行動を制限する行為（ご利用者様又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑧ 居宅介護（身体介護、家事援助）重度訪問介護における外出や単なる見守りサービス

6 利用料金

(1) 介護給付費支給対象サービス利用者負担額

サービスに要した費用の原則1割。ただし、市区町村から居宅介護等利用者負担減額の決定を受けている場合は、減額後の額。

月額負担上限額については、各市区町村長が定めた額。ただし、ご利用者様の身体的理由、暴力行為等により1人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合等であって、同時に2人のヘルパーによってサービスを提供した場合は、2人分の料金をいただきます。

※事業者が利用者に代わり市区町村から受領した介護給付費の額については、利用者に通知します。

(2) 交通費

上記2サービス提供地域で示した「サービス提供地域」にお住まいのご利用者様は無料です。

それ以外の地域へのサービス提供につきましては、当事業所の従業員がお伺いするための交通費の実費をいただきます。

通常の実施地域を超えた場合、1キロメートルにつき 40 円

公共機関を使用した場合は、その全額

(3) 通院等介助等におけるヘルパーの公共交通機関等の交通費はご利用者様の実費負担となります。

(4) キャンセル料・待機料

急なキャンセルの場合は下記の料金をいただきます。

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

- ・ご利用の前日の 17 時までにご連絡いただいた場合→無料
- ・上記時間以降については→500 円
- ・ヘルパー訪問の際、ご利用者様が不在で 30 分待機をした場合→800 円

(5) その他

利用者のお住まいでサービスを提供するために必要となる水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者にご負担いただきます。また、事業所で保管をしている記録の複写を希望される場合は、コピー代として 1 枚 10 円を徴収します。

(6) 支払方法

上記利用料金の支払いは、1 か月ごとに計算し、翌月中旬頃に請求します。請求月の 27 日に口座振替、払込書を希望されるご利用者様は払込書にてお支払いください。

7 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

ア 居宅介護について介護給付費支給決定を受けた方で、当事業者のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡ください。当事業者のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。

イ サービス利用が決定した場合は契約を締結し、居宅介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は介護給付費支給期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。

ウ 居宅介護の提供に当たっては、適切なサービスを提供するために、利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握さ

せていただきます。

(2) サービスの終了

- ア 利用者が当事業者に対し7日間の予告期間において文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。
- イ 当事業者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、または当事業者が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。
- ウ 利用者がサービス利用料金の支払いを3か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、30日以内にお支払いいただけない場合、または利用者やご家族が事業者やサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。
- エ 当事業所を閉鎖または縮小する場合などやむを得ない事情がある場合、契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。この場合、契約を解除する日の30日前までに文書で通知します。
- オ 利用者の居宅介護等についての介護給付費の支給決定が取り消された場合、もしくは介護給付費支給期間終了に伴い介護給付費支給申請を行った結果、不支給となった場合、事業者は文書で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。

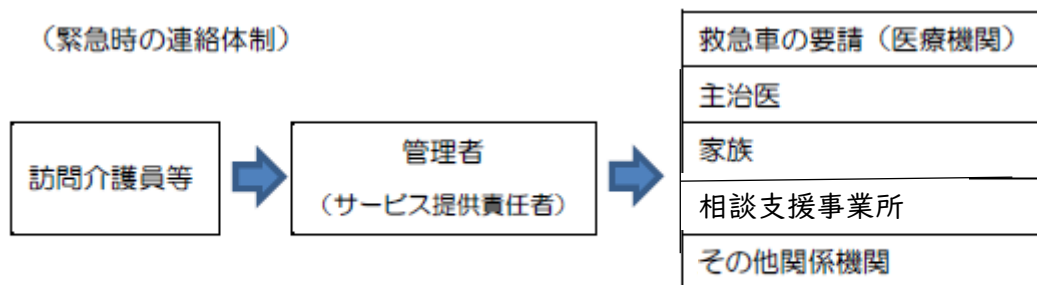
(3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

- ア 利用者が施設に入所した場合
- イ 居宅介護の介護給付費支給期間が満了し、その後支給決定がない場合（所定の期間の経過をもって終了します。）
- ウ 利用者が亡くなった場合

8 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。



【緊急時連絡表】

ご利用者様の主治医	医療機関の名称 氏名 電話番号	— —
訪問看護の連絡先	事業所の名称 氏名 電話番号	— —
介護支援専門員の 連絡先	事業所の名称 氏名 電話番号	— —
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (ご利用者様との続柄) 電話番号	() — —

※当事業所(045-442-3940)の連絡時間は9:00~17:00になります。

※当事業所の営業時間外の緊急は090-9296-8879をお願いいたします。

9 非常災害時の対応

- (1) 事業者は、ご利用者様のご家庭を訪問中に、天災その他災害が発生した場合は、ご利用者様の避難等、必要な措置をいたしますが、ご利用者様の居住区域において、訪問介護の提供ができない何らかの災害が発生した場合は、状況によりサービス提供を休止させていただく場合もあります。
- (2) 台風や大雪等により、訪問やサービス提供に危険が伴うことが想定される際は、サービスの提供について、時間帯の変更や日程の調整を行わせていただく場合があります。又、ご利用者様のご家庭を訪問中に、天災その他災害が発生した場合は、ご利用者様の避難等、必要な措置をいたします。

10 感染症発生時の対応

事業者は、ご利用者様又はご家族様に、他のご利用者様や訪問介護員等に対して健康に影響を与える可能性のある感染症の疑いのある場合、又は感染症が明らかになった

場合は、感染症に対する予防措置をとらせていただきます。

1 1 虐待の防止について

事業者は、ご利用者様等の人権の擁護・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及び責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	代表社員 青木 辰夫
虐待防止に関する担当者	管理者 松永 玲菜

②成年後見制度の利用を支援します。

③苦情解決体制を整備しています。

④従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

⑤虐待の防止のための対策を検討する委員会を設立します。

⑥虐待の防止のための指針を作成します。

1 2 この契約に関する苦情・相談窓口

当事業所ご利用相談・苦情窓口

担当者	青木辰夫
電話番号	045-744-8974
受付時間	事業所の営業日及び営業時間に同じ メールは土日祝を含む 24 時間受付 suzukaze.hs@gmail.com

当事業所以外に、横浜市の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

担当部署	横浜市健康福祉局障害自立支援課
電話番号	0 4 5 - 6 7 1 - 2 4 0 2
受付時間	月～金（祝日・年末年始は除く） 午前 8 時 4 5 分～ 1 2 時・午後 1 時～午後 5 時

また、神奈川県社会福祉協議会に設置された「かながわ福祉サービス運営適正化委員会」においても区市町村や県と連携しながら苦情対応を行っています。

担当部署	神奈川県社会福祉協議会 かながわ福祉サービス運営適正化委員会事務局
------	--------------------------------------

電話番号	045-534-5754（令和3年7月26日から）
受付時間	月～金（祝日・年末年始は除く） 午前9時～午後5時

1.3 サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) 訪問介護員は、利用者様又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為を行いませんが、気になる言動がありましたらお知らせください。
- (2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (4) 地震、台風、大雪等の自然災害発生時等において、訪問介護員の交通手段及び生命に危険が及ぶ事態が予測される場合は、サービスを中止させていただきます。
- (5) 感染症の発生を予防または感染のリスクを防ぐ為、入出時の手洗い、マスク、使い捨て手袋等を使用させていただく場合があります。
- (6) 右記の行為は、ハラスメントに該当する可能性があり、サービスを中止させていただきますことがありますので、ご理解・ご了承ください。

■暴力又は乱暴な言動、無理な要求

- ・物を投げつける・刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける・怒鳴る
- ・奇声、大声を発する・対象範囲外のサービスの強要

■セクシュアルハラスメント

- ・介護従事者の体を触る、一方的に手を握る・腕を引っ張り抱きしめる
- ・卑猥な写真や画像を見せる・性的な話し卑猥な言動をする など

■その他

- ・介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く・ストーカー行為 など

(以下余白)

令和 年 月 日

居宅介護利用にあたり、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ました。

事業者（住所） 横浜市瀬谷区三ツ境 166 番地 9
（名称） 合同会社すずかぜ 印

（説明者） 所属 すずかぜヘルパーステーション

氏名 _____ 印

※本人自書の場合は押印不要

契約書及び本書面により、これからサービスを受ける居宅介護の重要な事項について、事業者から説明を受け、同意しました。

ご利用者様（住所） _____

（氏名） _____ 印

※本人自書の場合は押印不要

（代理人または立会人等）

（住所） _____

（氏名） _____ 印

※本人自書の場合は押印不要