

# 訪問介護 介護予防・日常生活支援総合事業

## 【重要事項説明書】

《2024年6月1日現在》

医療生協さいたま生活協同組合の訪問介護事業所は、利用者に対し、介護保険法令の趣旨にしたがって、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、指定訪問介護および介護予防・日常生活支援総合事業（以下、訪問介護等という）を提供します。

### ■事業者の概要

- ◆名称：医療生協さいたま生活協同組合
- ◆住所：埼玉県川口市木曾呂1317
- ◆代表者：理事長 雪田 慎二
- ◆電話：048-294-6111
- ◆FAX：048-294-1490
- ◆医療機関・介護事業所数  
病院〔4〕 診療所〔8〕 歯科診療所〔2〕  
訪問介護〔16〕 訪問看護ステーション〔14〕 訪問リハビリテーション〔4〕  
通所リハビリテーション〔12〕 通所介護〔1〕 居宅介護支援〔17〕  
定期巡回・随時対応型訪問介護看護〔11〕 夜間対応型訪問介護〔3〕  
看護小規模多機能型居宅介護〔3〕 小規模多機能型居宅介護〔6〕  
認知症対応型共同生活介護〔4〕  
介護老人保健施設〔2〕 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）〔1〕  
地域包括支援センター〔4〕 在宅介護支援センター〔2〕

### ■運営方針

1. 事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場にたったサービスの提供に努めます。
2. 指定訪問介護の事業は、利用者が要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行います。
3. 介護予防・日常生活支援総合の事業は、利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持もしくは改善を図り、または要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、生活機能の維持又は向上を目指すものとします。
4. 事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター及び他の居宅サービス事業者並びに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密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

## ■サービスを提供する事業所の概要

- ◆事業所名：ケアステーションうらしん
- ◆所在地：埼玉県さいたま市浦和区北浦和3-10-4 2F
- ◆介護保険事業者番号：1170100893
- ◆指定年月日：訪問介護 2000年4月1日（更新日2014年6月1日）  
第1号訪問事業：介護予防訪問介護相当サービス 2006年4月1日  
（更新日 2018年4月1日）  
第1号訪問事業：家事支援型訪問サービス 2017年4月1日
- ◆管理者：新井 杏子（介護福祉士）
- ◆サービス提供責任者：熊埜御堂浩美（介護福祉士）金子節子（介護福祉士）新井杏子（介護福祉士）  
筑井美和（介護福祉士） 増山かをり（介護福祉士）
- ◆訪問介護員：介護福祉士 常勤4名（0） 非常勤4名（0）  
実務者研修修了者 非常勤3名（0）  
初任者研修修了者 非常勤1名（0）  
ヘルパー2級 非常勤1名（0）  
※（ ）内は男性
- ◆通常の事業の実施地域：さいたま市 浦和区  
\*上記地域以外の方はご相談ください。
- ◆営業日：月曜日～土曜日（祝祭日含む）
- ◆営業時間：8時30分～17時30分
- ◆休業日：日曜日、12月30日～1月3日  
※休業日および時間外のサービス提供もおこないません。ご相談ください。
- ◆連絡体制：営業日・営業時間以外は留守番電話対応となります。

## ■サービス内容

### ◆身体介護

食事介助、入浴介助、排泄介助、体位・姿勢交換、身体の清潔や洗髪、着替えの介助、オムツ交換、外出介助、服薬介助、自立生活支援のための見守りの援助（※）など

※たとえば以下のような援助です。

- ・移動時、転倒しないよう側について歩く（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る）
- ・利用者と一緒に手助けしながら行う調理、掃除、洗濯（安全確認の声かけ、疲労の確認を含む）
- ・安全や疲労の確認をしながら利用者と一緒に店に行き、本人が自ら品物を選べるよう援助

### ◆生活援助

買い物、調理、居室の掃除、洗濯（取り込み・収納）、布団干しなど

## ■利用料金

### ◆利用料金

介護保険による基本料金は厚生労働大臣が定めた費用額です。基準額に対し、介護保険負担割合証に記載の割合に応じた額とします。

介護保険負担割合証に応じた額の料金は別紙【料金表】のとおりです。

### ◆利用料金等のお支払い

利用料金は、毎月20日までに前月分の請求書を送付いたしますので、27日までにお支払いください。

ださい。お支払確認後、領収書を発行します。

お支払い方法は、原則として口座振替でお願いします。それ以外のお支払い方法をご希望の方はご相談ください。

#### ◆その他

サービス提供に際してご利用者宅で使用する水道・ガス・電気・電話などの費用はご利用者の負担となります。

### ■サービスの利用方法

#### ◆サービスの利用開始

- ①まずは、電話等でお申し込みください。サービス提供責任者がご自宅を訪問して、サービスの内容をご説明しながら、ご本人の要望やご様子などについてお話をうかがいます。
- ②要介護1～5（介護給付）の方で担当の介護支援専門員が決まっている場合は、その担当者にご相談の上お申し込みください。
- ③要支援1・2および事業対象者の方（介護予防）は担当の地域包括支援センターまたは介護支援専門員にご相談の上お申し込みください。
- ④契約を結び、サービスの提供を開始します。

#### ◆サービス利用契約の終了

- ①ご利用者の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。ただし、ご利用者の急な入院などやむを得ない事情がある場合は、1週間以内の通知でもこの契約を解約することができます。解約料等は発生しません。
- ②事業者の都合でサービス利用契約を終了する場合  
事業所の移転、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あります。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。また、担当の介護支援専門員にも同様に通知いたします。
- ③利用者は、以下の場合に文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
  - ・事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
  - ・事業者が守秘義務に反した場合
  - ・事業者が利用者やその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
  - ・事業者が破産した場合
- ④事業者は、次の事由に該当した場合に文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
  - ・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、または利用者の入院もしくは病気などにより3ヶ月以上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。
  - ・禁止行為（イ～ハ）があった場合
    - イ サービス従業者の心身に危害を及ぼす行為  
(例) ・暴言、暴力または乱暴な言動  
          ・セクシュアルハラスメント、パワーハラスメント等のハラスメント
    - ロ 事業者又は事業所の運営に支障を与える行為
    - ハ 以上のほか、サービスの提供を困難にする行為
  - ・利用者またはその家族などが事業者やサービス従業者または他の利用者に対して、本契

約を継続し難いほどの背信行為を行った場合

⑤以下の場合、双方の通知がなくても、自動的に利用契約を終了いたします。

- ・ご利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ご利用者の要介護状態区分または要支援状態区分が、非該当と認定された場合
- ・ご利用者の基本チェックリスト実施結果が、非該当と認定された場合
- ・ご利用者が死亡した場合

## ■サービスの利用にあたっての留意事項

### ◆訪問介護計画・訪問型サービス計画の作成と交付

#### (1) 要介護1～5（介護給付）の利用者

担当の介護支援専門員の作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」にそって、ご利用者一人ひとりの要望と日常生活全般の状況をふまえた「訪問介護計画」を作成してサービスを実施します。この「訪問介護計画」はご利用者またはご家族に説明し同意を得てお渡しいたします。

#### (2) 要支援1・2および事業対象者の利用者

担当の地域包括支援センターの相談員または介護支援専門員の作成する「介護予防サービス計画（予防プラン）」または「介護予防ケアマネジメント」にそって、ご利用者一人ひとりの要望と日常生活全般の状況をふまえた「訪問型サービス計画」を作成してサービスを実施します。この「訪問型サービス計画」は、ご利用者またはご家族に説明し同意を得てお渡しいたします。

### ◆サービス内容の変更

利用する曜日や内容の変更を希望される場合は、遠慮なく事業所のサービス提供責任者または訪問介護員、担当の介護支援専門員または地域包括支援センター相談員にご相談ください。

## ■緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化などの緊急事態が生じたときは、速やかに主治医、ご家族等および担当の介護支援専門員等に連絡するなどの措置を講ずるとともに、管理者に報告します。また、主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じます。

<主治医> 医療機関名

主治医氏名

連絡先

<ご家族> 氏名

(利用者との続柄 )

連絡先

<事業所> ケアステーションうらしん

連絡先：048-816-6648

月曜日～土曜日（祝祭日を含む）8時30分～17時30分

上記時間外および12月30日～1月3日の期間は留守番電話による対応となります。

## ■事故発生時の対応について

職員教育やリスクマネジメントにより事故の防止に努めます。それにもかかわらず、サービスの提供によりご利用者に予期せぬ事故が発生した場合は、以下のとおり迅速かつ適切な対応により円滑・円満な解決に努めます。

- ①速やかにご家族等および担当の介護支援専門員等に連絡するとともに、さいたま市の担当部署に報告し、必要な措置を講じます。
- ②事業者の責めに帰すべき事由により、ご利用者の心身・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償いたします。そのために介護事業者損害賠償保険に加入しています。
- ③事故が発生した場合は、その原因を解明し再発防止の対策を講じます。

## ■職員研修の実施について

職員の資質向上を図るために、研修の機会を以下のとおり設けています。

採用時研修：採用後3ヶ月以内

継続研修：年1回以上

また、事業所の年間教育計画と一人ひとりの個別育成計画を毎年度立て、教育研修を実施しています。

## ■秘密保持

職員は、サービス提供する上で知り得たご利用者およびご家族に関する情報を、正当な理由なく第三者に漏らさないこと、それは雇用関係消失後も同様であることを書面で誓約しています。

## ■個人情報の利用目的と取り扱い

### 1. 使用目的

- (1) 訪問介護等の提供を受けるにあたって、事業所と居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、サービス事業者等との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合
- (2) 上記(1)のほか、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、サービス事業所等との連絡調整のために必要な場合
- (3) 現に訪問介護等の提供を受けている場合で、体調等の変化およびけが等で医療機関を受診した際、医師・看護職員等に説明する場合

### 2. 個人情報を提供する事業所

- (1) 「居宅サービス計画（ケアプラン）」「介護予防サービス計画（予防プラン）」および「介護予防ケアマネジメント」に記載されているサービス事業所
- (2) 医療機関(体調等の変化およびけが等で診療することとなった場合)
- (3) その他の関係機関

### 3. 使用する期間

事業所が訪問介護等を提供している期間

### 4. 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては、関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

### 5. 医療生協さいたまの個人情報保護方針（別紙）

## ■相談・要望・苦情などの窓口

1. サービスに関する相談・要望・苦情などは、下記相談窓口にお寄せください。

《サービス相談窓口》

相談担当：管理者 新井 杏子

電話番号：048-816-6648

受付時間：月曜日～土曜日 8時30分～17時30分（祝祭日を含む）

ただし、12月30日から1月3日までを除く。

2. 上記以外に、市町村の相談・苦情窓口にご相談・要望・苦情などを申し出ることができます。

さいたま市介護保険課 048-929-1264

埼玉県国民健康保険団体連合会 048-824-2568（苦情相談専用）

3. 提供するサービスの第三者評価は当事業所では実施していません。

訪問介護等の提供開始にあたり、利用者に対して本書面および契約書・契約書別紙、個人情報の利用目的・取り扱い(別紙)に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所 <所在地> 埼玉県さいたま市浦和区北浦和3-10-4 2F  
<事業所> ケアステーションうらしん  
(介護保険事業者番号 1170100893)

<説明者> \_\_\_\_\_

私は、本書面および契約書・契約書別紙により、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、その内容を了承します。

また、個人情報の利用目的・取り扱い(別紙)により、事業者から個人情報の取り扱いについて説明を受け、その内容に同意します

年 月 日 <利用者氏名>

<代筆者氏名>

(利用者との続柄 )

利用者家族の個人情報の利用目的・取り扱いについて本書面および別紙により説明を受け、その内容に同意します。

年 月 日

家族代表 <住所>

<氏名>

(利用者との続柄 )