

# 「指定訪問介護」重要事項説明書

株式会社ケアフィールドかがやき

当事業所は介護保険の指定を受けています。  
( 群馬県指定 第1070402548号 )

当事業所はご契約者に対して指定訪問介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

## ◆◆ 目次 ◆◆

1. 事業者 . . . . .	2
2. 事業所の概要 . . . . .	2
3. 事業実施地域及び営業時間 . . . . .	2
4. 職員の体制 . . . . .	3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金 . . . . .	3
6. サービスの利用に関する留意事項 . . . . .	7
7. 苦情の受付について . . . . .	9

## 1. 事業者

- (1) 法人名 株式会社ケアフィールドかがやき  
(2) 法人所在地 群馬県伊勢崎市乾町109-3  
(3) 電話番号 0270-27-5010  
(4) 代表者氏名 高澤 栄絵  
(5) 設立年月 平成23年6月2日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定訪問介護事業所  
(2) 事業の目的 ① 指定居宅サービス事業及び指定介護予防居宅サービス事業並びに指定居宅介護支援事業  
② 一般乗用旅客自動車運送事業  
(3) 事業所の名称 株式会社ケアフィールドかがやき  
(4) 事業所の所在地 群馬県伊勢崎市乾町109-3  
(5) 電話番号 0270-27-5010  
(6) 事業所長（管理者）氏名 大谷 幸恵  
(7) 当事業所の運営方針  
① 事業所の訪問介護員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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。  
② 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。  
(8) 開設年月 平成23年8月1日  
(9) 事業所が行っている他の業務

当事業所では、次の事業もあわせて実施しています。

- [介護予防訪問介護] 平成23年 8月1日 指定 群馬県 1070402548号  
[通所介護] 平成24年 9月1日 指定 群馬県 1070402845号  
[通所介護] 平成26年10月1日 指定 群馬県 1070403512号

## 3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 伊勢崎市 桐生市 みどり市 前橋市 太田市 玉村町 本庄市  
(2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日	
受付時間	月曜日～金曜日	8時30分～17時30分
サービス提供時間帯	月曜日～日曜日	7時～22時

※電話連絡は24時間体制を整えていますが、緊急時のみとなります。

#### 4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して指定訪問介護サービス及び指定訪問介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤	非常勤	常勤換算	職務内容
1. 事業所長（管理者）	1			事業所管理
2. サービス提供責任者	3			サービス提供に関する業務
3. 訪問介護員				利用者様宅での身体及び生活支援
(1) 介護福祉士	4	1		
(2) 実務者研修修了者 (ヘルパー1級) 課程修了者		1		
(3) 初任者研修修了者 (ヘルパー2級) 課程修了者	2	3		
(4) 訪問介護養成研修3級 (ヘルパー3級) 課程修了者				

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

（例）週8時間勤務の訪問介護員が5名いる場合、常勤換算では、1名（8時間×5名÷40時間=1名）となります。

#### 5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者のご家庭に訪問し、サービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- (1) 利用料金が介護保険から給付される場合
- (2) 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

##### （1）介護保険給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（通常9割）が介護保険から給付されます。

＜サービスの概要と利用料金＞

##### ○身体介護 …

- ①ご契約者の身体に直接接觸して行う介護サービス
- ②ご契約者の日常生活動作能力や意欲の向上のためにご契約者と共に行う自立支援のためのサービス
- ③その他専門的知識・技能をもって行うご契約者の日常生活上・社会生活上のためのサービス

排泄介助	排泄の介助、おむつ交換を行います。
食事介助	食事の介助を行います。
特段の専門的配慮をもって行う調理	嚥下困難者のための流動食等の準備を行います。
入浴・清拭介助	入浴の介助・洗髪・洗面等又は、入浴が困難な方は体を拭く（清拭）等します。
身体整容	手足の爪切り、耳掃除、髭の手入れ、簡単な化粧等を行います。
更衣介助	着替えの介助を行います。
体位変換	体位の変換を行います。

移乗・移動介助	移乗・移動の介助を行います。
通院・外出介助	通院・外出の介助を行います。
起床・就寝介助	布団を敷いたり、畳んだりします。
服薬介助	配剤された薬を飲み忘れのないように、確認し又は飲むことを手伝えます。
自立支援のための見守り的援助	安全を確保しつつ常時介助ができる状態で見守りを行います。
○生活援助…掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助であり、ご契約者が単身、家族が障害・疫病などのため、本人や家族が家事を行うことが困難な場合に行われるもの	
清掃	ご契約者宅の環境整備を行います。（ご契約者の居室以外の居室、庭等の敷地の清掃は行いません。）
洗濯	ご契約者の衣類等の洗濯を行います。（ご家族分の洗濯は行いません。）
ベットメイク	シーツ交換、布団カバーの交換等を行います。
衣類の整理・秘服の補修	夏・冬物等の入れ替え等、ボタン付け、破れの補修等を行います。
一般的な料理、配下膳	ご契約者の食事の用意を行います。（ご家族分の調理は行いません。）
買い物・薬の受け取り	ご契約者の日常生活に必要となる物品の買い物（内容の確認、品物・釣り銭の確認を含む。※貯金・預金の引き出しや預け入れは行いません。）、薬の受け取り等を行います。

※ご契約者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日及び実施回数は、居宅サービス計画（ケアプラン）がある場合には、それを踏まえた訪問介護計画に定められます。

## 〈サービス利用料金〉(契約書第8条参照)

それぞれのサービスについて、平常の時間帯(午前8時から午後6時)での料金は次の通りです。

	サービスに要する時間	負担割合	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間半未満	1時間半以上 (左記30分増す毎に)
身体介護	1. 利用料金	10割	2,440円	3,870円	5,670円	820円
	2. うち、介護保険から 給付される金額	9割	2,196円	3,483円	5,103円	738円
		8割	1,952円	3,096円	4,536円	656円
		7割	1,708円	2,709円	3,969円	574円
	3. サービス利用に係る 自己負担額	1割	244円	387円	567円	82円
		2割	488円	774円	1,134円	164円
		3割	732円	1,162円	1,701円	246円
生活援助	サービスに要する時間		20分以上45分未満	45分以上	※この表は、介護報酬1単位を 10円に換算して計算しています。	
	4. 利用料金	10割	1,790円	2,200円		
	5. うち、介護保険から 給付される金額	9割	1,611円	1,980円		
		8割	1,432円	1,760円		
		7割	1,253円	1,540円		
	6. サービス利用に係る 自己負担額	1割	179円	220円		
		2割	358円	440円		
		3割	537円	660円		

※身体介護が中心である指定訪問介護を行った後に、引き続き所要時間30分以上の生活援助が中心である  
指定訪問介護を行ったときの料金は以下のとおりです。下記表は、介護報酬1単位を10円として計算しています

身体介護中心型に引き続いて行う生活 援助中心型の訪問介護の所要時間	負担割合	身体介護20~30分 生活援助20~45分	身体介護20~30分生 活援助45~70分	身体30~60分 生活20~45分
当社対応時間(およその目安)		約1時間	約1.5時間	約1.5時間
1. 利用料金	10割	3,090円	3,740円	4,520円
2. うち、介護保険から給付される金額	9割	2,781円	3,366円	4,068円
	8割	2,472円	2,992円	3,616円
	7割	2,163円	2,618円	3,164円
3. サービス利用に係る 自己負担額(1-2)	1割	309円	374円	452円
	2割	618円	748円	904円
	3割	927円	1,122円	1,356円

※「サービスに要する時間」は、そのサービスを実施するために国で定められた標準的な所要時間です。

※上記サービスの利用料金は、実際にサービスに要した時間ではなく訪問介護計画に基づき決定されたサービス内容を行うために標準的に必要となる時間に基づいて、介護給付費体系により計算されます。

※2人の訪問介護員が共同でサービスを行う必要がある場合<sup>\*1</sup>は、ご契約者の同意の上で、通常の利用料金の2倍の料金をいただきます。

\*1 2人の訪問介護員でサービスを行う場合（例）

- ・体重の重い方に対する入浴介助等の重介護サービスを行う場合
- ・暴力行為などが見られる方へサービスを行う場合

※ご契約者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

※新規に訪問介護計画を作成したご契約者に対して、サービス提供責任者が、初回もしくは初回訪問の属する月に、自ら訪問介護を行った場合、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、初回加算として200単位／月をいただきます。

※ご契約者やそのご家族から要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネージャーと連携を図り、ケアマネージャーが必要と認めたときに、サービス提供責任者又は他の訪問介護員等が居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行った場合に、緊急時訪問介護加算として100単位／回をいただきます。

※介護職員の処遇改善の取り組みとして、介護職員処遇改善が加算され、当社では当該基準に掲げる区分に従い、算定した単位数の22.4%を加算させて頂きます。

また、令和6年6月より、高齢者虐待防止措置は基準型を算定しています。

※ご契約者に対して訪問リハビリテーション事業所の理学療法士等と、サービス提供責任者がご契約者宅を同行訪問し、身体の状況等の評価を共同して行い、かつ、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画書を作成し、理学療法士等と連携し、計画書に基づくサービスを行った場合に、その月から3ヶ月の間100単位／月または200単位／月を頂きます。

※ご契約様のご住所が地域区分の7級地に該当となる市町村は、介護報酬単価が1単位10.21円となります。  
7級地 … 前橋市・伊勢崎市・太田市・玉村町

## （2）介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第8条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

### ＜サービスの概要と利用料金＞

#### ①介護保険給付の支給限度額を超える訪問介護サービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご契約者の負担となります。

	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間半未満	1時間半以上 (30分増ず毎に)
身体介護	2,440円	3,870円	5,670円	820円
生活援助	1,790円	2,200円	—円	

☆ 平常の時間帯（午前8時から午後6時）以外の時間帯でサービスを行う場合には、次の割合で利用料金に割増料金が加算されます。

- ・夜間（午後6時から午後10時まで） : 25%
- ・早朝（午前6時から午前8時まで） : 25%
- ・深夜（午後10時から午前6時まで） : 50%

### ③ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。

※1枚につき…10円

### ④ その他のサービス

介護タクシー… 10分毎に870円（端数切り上げ）。事業所を出発した時間より加算されます。

介護保険での送迎が利用できない場合等にご利用ください。

介護輸送費… 介護保険で給付対象となる通院・外出介助のサービスを利用し、訪問介護員の車両を使用した場合に、1乗車につき700円を頂きます。

※経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することが

あります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2か月前までにご説明いたします。

### （3）交通費（契約書第8条参照）

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費（サービス提供地域を越えた地点から1km 10円）をいただきます。

### （4）利用料金のお支払い方法（契約書第8条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月15日までに下のいずれかの方法でお支払い下さい。（1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

ア. 下記指定口座への振り込み（振込み手数料は契約者様負担でお願い致します。）

アイオー信用金庫 北支店 普通預金 0194818

イ. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：郵貯銀行及び群馬県内にある金融機関

ウ. 集金

### （5）利用の中止、変更、追加（契約書第9条参照）

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、訪問介護サービスの利用を中止、変更、又は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者に申し出ください。

○利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

※取消料は介護保険給付対象外となりますので、全額ご契約者の自己負担となります。

場合 な 理 由 が な い 正 当	利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
	利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の100% (自己負担相当額)
	利用予定日の当日に申し出があった場合	当日の利用料金の100% (自己負担相当額)
理由 が あ る 場 合 な	当日、訪問介護員が車両で移動開始前の取消の場合	無料
	当日、訪問介護員が車両で移動開始後ご契約者宅に到着前の取消の場合	当日の利用料金の50% (自己負担相当額)
	当日、訪問介護員が車両で移動開始後ご契約者宅に到着後の取消の場合	当日の利用料金の100% (自己負担相当額)

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問介護員の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議します。

## 6. サービスの利用に関する留意事項

### (1) サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。

ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

### (2) 訪問介護員の交替（契約書第6条参照）

#### ①ご契約者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。ただし、ご契約者から特定の訪問介護員の指名はできません。

#### ②事業者からの訪問介護員の交替

事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。訪問介護員を交替する場合はご契約者及びそのご家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

### (3) サービス実施時の留意事項（契約書第7条参照）

#### ①定められた業務以外の禁止

契約者は「5. 当事業所が提供するサービス」で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

#### ②訪問介護サービスの実施に関する指示・命令

訪問介護サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、事業者は訪問介護サービスの実施にあたってご契約者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

#### ③備品等の使用

訪問介護サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

### (4) サービス内容の変更（契約書第10条参照）

サービス利用当日に、ご契約者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合は、サービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します

### (5) 訪問介護員の禁止行為（契約書第14条参照）

訪問介護員は、ご契約者に対する訪問介護サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ① 医療行為
- ② ご契約者もしくはそのご家族等からの金銭又は高価な物品の授受
- ③ ご契約者の家族等に対する訪問介護サービスの提供
- ④ 飲酒及びご契約者もしくはそのご家族等の同意なしに行う喫煙
- ⑤ ご契約者もしくはそのご家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑥ その他ご契約者もしくはそのご家族等に行う迷惑行為

### (6) サービス提供責任者 ※記載は事業所の判断で任意。

サービス提供責任者は利用者からのサービス利用申込みに関する調整や訪問介護計画の作成などをはじめ、次のような業務を担当します。利用にあたって疑問点やご心配な点がある場合、サービス内容を変更したい時には、サービス提供責任者にお気軽にお尋ねください。（担当の訪問介護員に直接お話ししあって構いません。）

### ＜サービス提供責任者の業務＞

- ①訪問介護サービスの利用の申込みに関する調整
- ②利用者の状態の変化やサービスに関する意向の定期的な把握
- ③居宅介護支援事業者等との連携（サービス担当者会議への出席など）
- ④訪問介護員への援助目標、援助内容に関する指示
- ⑤訪問介護員の業務の実施状況の把握
- ⑥訪問介護員の業務管理
- ⑦訪問介護員の研修、技術指導
- ⑧その他サービスの内容の管理について必要な業務

### （7）事故発生時の対応

指定訪問介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。

前項の事故の状況及び事故に際して行った処置において記録を取る。

利用者に対する指定訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行う。

### （8）第三者評価の実施

提供するサービスにおける第三者評価の有無：無

## 7. 苦情の受付について（契約書第23条参照）

### （1）苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕 管理者 大谷 幸恵

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

8:30～17:30

※内容を詳細に伺い、精査させていただいた上で対応を検討させて頂きます。

### （2）行政機関その他苦情受付機関

伊勢崎市役所

介護保険担当課  
伊勢崎市今泉町2丁目410番地  
TEL0270-24-5111（代表）受付時間 8:30～17:30

伊勢崎市地域包括支援センター

伊勢崎市今泉町2丁目410番地  
TEL0270-27-2745（代表）受付時間 8:30～17:30

前橋市役所

長寿包括ケア課 介護保険課  
前橋市大手町2丁目12-1  
TEL027-224-1111（代表）

みどり市役所

介護高齢課  
みどり市笠懸町鹿2952  
TEL0277-76-2111（代表）

桐生市役所

長寿支援課  
桐生市織姫町1-1  
TEL0277-46-1111（代表）

太田市役所

介護サービス課

太田市浜町2-35  
TEL0276-47-1111 (代表)

玉村町役場  
健康福祉課  
佐波郡玉村町大字下新田201  
TEL0270-65-2511 (代表)

本庄市役所  
介護保険課  
本庄市本庄3丁目5-3  
TEL0495-25-1111 (代表)

国民健康保険団体連合会  
群馬県前橋市元総社町335-8  
TEL027-290-1319 (代表) 受付時間 8:30 ~ 17:30

埼玉県国民健康保険団体連合会  
埼玉県さいたま市中央区大字下落合1704  
TEL048-824-2901 (代表) 受付時間 8:30 ~ 17:30

令和 年 月 日

指定訪問介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

株式会社ケアフィールドかがやき  
説明者職名 管理者 氏名 大谷 幸恵 印

私は本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定訪問介護サービスの提供開始に同意しました、控えの交付を受けました。

契約者

住 所 : \_\_\_\_\_

氏 名 :

印

家族又は代筆者

住 所 : \_\_\_\_\_

氏 名 :

印

## ＜重要事項説明書付属文書＞

### 1. 契約締結からサービス提供までの流れ

(1) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「訪問介護計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。（契約書第3条参照）

① 訪問介護計画の原案について、ご契約者及びそのご家族等に対して説明し、同意を得たうえで決定します。

② 訪問介護計画は、居宅サービス計画（ケアプラン）が変更された場合、もしくはご契約者及びそのご家族等の要請に応じて、変更の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご契約者及びそのご家族等と協議して、訪問介護計画を変更します。

③ 訪問介護計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面を交付し、その内容を確認していただきます。

(2) ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

#### ①要介護認定を受けている場合

- 居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。
- 訪問介護計画を作成し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます。  
(償還払い)



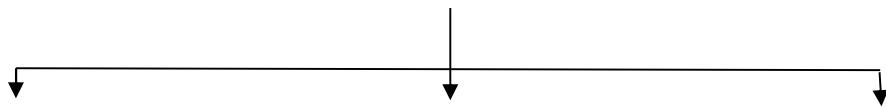
#### 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成



- 作成された居宅サービス計画に沿って、訪問介護計画を変更し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払い頂きます。

## ②要介護認定を受けていない場合

- 要介護認定の申請に必要な支援を行います。
- 訪問介護計画を作成し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払い頂きます。（償還払い）



- 居宅サービス計画（ケアプラン）を作成して頂きます。必要に応じて居宅介護支援事業者の紹介等必要な支援を行います。

- 本契約は終了します。  
○地域包括支援センター（介護予防支援事業者）への紹介を行います。

- 本契約は終了します。  
○既に実施されたサービスの利用料金は全額自己負担となります。

### 居宅サービス計画の作成

- 作成された居宅サービス計画に沿って、訪問介護計画を変更し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払い頂きます。

### 介護予防サービス計画の作成

- 本事業所の介護予防訪問介護サービスが介護予防サービス計画に位置づけられた場合には、介護予防訪問介護サービスについて、料金やサービス内容についてご説明し、同意いただけた場合には介護予防訪問介護サービスの提供について改めて契約を締結します。
- 作成された介護予防サービス計画に沿って、介護予防訪問介護計画を作成し、それに基づき、ご契約者に介護予防サービスを提供します。
- 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料金（自己負担額）をお支払い頂きます。

## 2. サービス提供における事業者の義務（契約書第11条、第12条参照）

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します
- ② ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、ご契約者又はその家族等から聴取、確認します。
- ③ サービスの提供にあたって、緊急時の連絡先として主治医を確認するなど、医師・医療機関への連絡体制の確保に努めます。
- ④ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、2年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤ サービス実施時に、ご契約者に病状の急変等が生じた場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じます。
- ⑥ 事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）
  - ・但し、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者的心身等の情報を提供します。
  - ・サービス担当者会議など、契約者に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、ご契約者又はその家族等の個人情報を用いる事ができるものとします。

## 3. 事故発生時の対応について

- ① 利用者に対する指定訪問介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- ② 指定訪問介護事業者は、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録しなければならない。

上記①②を遂行し、速やかに対応するものとします。

## 4. 損害賠償について（契約書第14条、第15条参照）

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします

但し、損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

## 5. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書第18条参照）

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要支援認定又は要介護認定によりご契約者的心身の状況が自立又は要介護と判定された場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

## 6. 第三者評価サービスの有無について

現在第三者評価サービスは取り入れておりません。

### (1) ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第18条、第19条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、

契約終了を希望する日の2日前までに解約届出書（様式任意）をご提出ください。

但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ ご契約者に係る介護予防サービス計画（ケアプラン）が変更された場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める訪問介護サービスを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

### (2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第21条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

### (3) 契約の終了に伴う援助（契約書第18条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

# 個人情報の使用に係る同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

## 1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

## 2. 利用目的

- (1) 介護保険における介護認定の申請及び更新並びに変更のため
- (2) 後契約者に関する介護計画(ケアプラン)を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため
- (3) 医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体(保険者)、その他社会福祉団体等との連絡調整のため
- (4) ご契約者が、医療サービスの利用を希望している場合および主治医等の意見を求める必要のある場合
- (5) ご契約者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため
- (6) 行政の開催する評価会議、サービス担当者会議
- (7) 利用の有無、利用時の様子に関する家族等(三親等内)からの問い合わせの場合(但し、氏名・住所・続柄・電話番号を伺えた場合に限る。)
- (8) その他サービス提供で必要な場合
- (9) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

## 3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関する目的以外決して利用しない。又、ご契約者とのサービス利用に関する契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、本人又はご家族代表者から請求があれば開示する。

令和　　年　　月　　日

本人：　　住所：\_\_\_\_\_  
(ご契約者)

氏名：\_\_\_\_\_ 印

ご家族代表者：　住所：\_\_\_\_\_  
(代筆者)

氏名：\_\_\_\_\_ 印

続柄(ご契約者との関係)：\_\_\_\_\_