

## 重要事項説明書

### ( 訪問介護・介護予防訪問介護事業 )

訪問介護サービスの提供開始にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は、次のとおりです。

#### 1. 事業者概要

事業者名称	合同会社 M's トライアングルカンパニー	
主たる事務所の所在地	千葉県我孫子市湖北台8-13-2	
代表者名	代表社員 白水 晃子	
連絡先	TEL 04-7199-9481	FAX 04-7199-9484

#### 2. 事業所概要

事業所名称	ヘルパーステーション ケアプライド	
サービスの種類	訪問介護・介護予防訪問介護	
所在地	千葉県我孫子市湖北台8-13-2	
電話番号 / FAX番号	TEL 04-7199-9483	FAX 04-7199-9484
千葉県指定年月日/指定番号	平成29年4月1日指定/1272701580	
我孫子市指定年月日/指定番号	平成29年4月1日指定/12A2700023	
管理者氏名	白水 晃子	
虐待防止担当者	白水 晃子	
サービス提供地域	我孫子市	

#### 3. 事業の目的と運営方針

要介護・要支援状態にある方に対し、適正な訪問介護を提供することにより要介護・要支援状態の維持、改善を目的とし、目標を設定して計画的にサービスを提供します。また、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

#### 4. 事業所の職員体制

管理者	1名
サービス提供責任者	2名
訪問介護士	常勤換算法 2.5人以上

#### 5. 営業時間

営業日	月曜日～金曜日（但し、祝祭日・12/29～1/3を除く）
営業時間	9：15～17：30

#### 6. 提供するサービス内容

<身体介護> ①起床介助 ②就寝介助 ③排泄介助 ④整容介助 ⑤食事介助 ⑥衣服の脱着  
⑦清拭 ⑧入浴介助 ⑨体位交換 ⑩通院等乗降介助 ⑪通院介助 ⑫その他  
<生活介助> ⑬調理 ⑭洗濯 ⑮掃除 ⑯買物 ⑰薬の受取 ⑱衣服の入替 ⑲その他

#### 7. 利用料

- (1) 介護保険の適用を受けるサービス（自己負担分は負担割合証による）  
(2) 介護保険の適用を受けないサービス（全額自己負担）  
それぞれの利用料の詳細は別紙にてご案内いたします。

#### 8. キャンセル料

介護士が訪問した際にご連絡なくキャンセルとなった場合、全額自己負担にてキャンセル料をいただきます。キャンセル希望の当日朝9：15分までにご連絡いただいた場合、キャンセル料は発生いたしません。ただし、容体の急変などで急な受診を要するなど、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です

#### 9. 身分証携行義務

サービス従業者は、常に身分証を携行し、初回訪問時および利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

#### 10. 支払い方法

利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを確認ののち、次回の訪問日にお渡しいたします。

支払い方法	支払い要件等
-------	--------

口座振り込み	請求書をお渡しした月の月末（祝休日の場合は直前の平日）までに下記の口座まで振り込みをして下さい。なお、振込手数料はご利用者様の負担とさせていただきます。 【 京葉銀行 湖北台支店 （普）8084801 合同会社M'sトライアングルカンパニー 代表社員 白水 晃子 】
現金払い	請求書をお渡しした月の月末（休業日の場合は直前の営業日）までに現金でお支払いください。

### 1 1. 苦情申し立て窓口

【事業所の窓口】	名称 ヘルパーステーション ケアプライド サービス提供責任者 川村 麻加 電話番号 04-7199-9483
【市町村の相談・苦情窓口】	名称 我孫子市役所健康福祉部高齢者支援課 電話番号 04-7185-1111
【千葉県の相談・苦情窓口】	名称 千葉県国民健康保険団体連合会苦情処理委員会 電話番号 043-254-4728

### 1 2. 緊急時の対応方法

訪問介護の提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は事前の打ち合わせに基づき、ご家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業所等に連絡いたします。

### ご家族の緊急連絡先

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

#### 連絡先

### 1 3. 損害賠償保険への加入

事業所は、以下の損害賠償保険に加入しています。

<加入保険会社名> 日本訪問看護財団 あんしん総合保険

### 1 4. 連携

事業者は、訪問介護の提供にあたり、介護支援専門員および保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

### 1 5. 利用者の解約権

(1) 利用者は事業所に対していつでも1週間以上の予告期間をもって解約を通知することにより、本契約を解約することができます。

(2) 利用者は事業所が事業所の責に帰すべき事由により本契約に違反した場合には、直ちに本契約を解約することが出来ます。

(3) 利用者が本契約を解除する場合においても、すでに提供を受けたサービス利用料を支払う義務があります。

### 1 6. 事業所の解約権

(1) 事業所は利用者が正当な理由なく事業所に支払うべきサービス利用料金を3ヶ月分以上滞納した場合には1ヵ月の期間を定めてその支払いを催告し、期間満了までに支払わない時は本契約を解約することができます。

(2) 事業所は、利用者又はそのご家族から事業所やその職員の生命、身体、財産もしくは信用を傷つける等の法令違反またはその恐れのある行為がなされる等により、利用者またはそのご家族との協力關係を保てなく なった場合等、本契約を継続しがたい合理的な事情が認められる場合には、直ちに本契約を解除することができます。

(3) 事業所が本契約を解除する場合においても、利用者はすでに提供を受けたサービス利用料を支払う必要があります。

### 1 7. 契約の終了

以下のいずれかに該当する場合、契約は終了するものとします。

(1) 介護保険非該当となつた場合  
(2) 利用者が介護保険施設に入所する等により在宅でなくなった場合、利用者が亡くなられた場合は自動的に契約終了となります。

(3) ケアマネージャーの作成する「居宅サービス計画」から外れる場合

## 1.8. 秘密保持

(1) 業務上で知り得た利用者及び利用者のご家族に関する秘密及び個人情報を、利用者又は第三者の生命、身体等の危険防止のためなど正当な理由がある場合を除いて、契約期間中及び契約終了後、また職員については退職後も第三者に漏らすことはありません。

(2) あらかじめ文書により利用者及び利用者のご家族代表の同意を得た場合は、主治医、居宅介護支援事業者等との連絡調整その他必要な範囲で、同意したもの個人情報を利用できるものとします。

## 1.9. 虐待防止

事業所は、利用者の人権擁護、虐待防止のために虐待防止委員会を設置し、虐待防止のための指針の整備を行います。

(1) 定期的な研修などを通じて職員の人権意識の向上や知識技術の向上に努めます。

(2) 利用者、ご家族に対して適切な支援の実施に努めるとともに、虐待を受けている恐れがある場合は、直ちに防止策を講じ市及び関係各所に報告します。

(3) 職員が支援にあたって悩みを相談できる体制を整えるなど、職員が権利擁護に取り組める環境整備に努めます。

## 2.0. 身体拘束の廃止

利用者に対しての身体拘束は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には、「身体拘束適正化委員会」の規定に則ります。

## 2.1. 利用にあたっての注意事項

(1) 利用者の居宅において、サービスを提供するために使用する水道、ガス、電気、電話などの費用は利用者負担とします。

(2) サービス開始時及び更新等の変更時、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証の確認をさせていただきます。

(3) 利用者及びご家族との信頼関係のもとに安全安心な環境で質の高いサービスを提供できるよう、以下の行為については禁止させていただきます。

- ・職員に対する暴言・暴力、誹謗中傷、不当な要求等を行う迷惑行為
- ・あらゆるハラスメント行為

(4) 職員は次の行為は行えません。

- ・金銭、貴重品等の管理
- ・金銭、物品、飲食の授受
- ・利用者の同居家族に対するサービス提供
- ・利用者宅での飲酒、喫煙、飲食

(5) 地震、降雪、台風、感染拡大等の天災により、訪問ができなくなる場合は、BCP（業務継続計画）に則り、訪問時間や日程の調整を依頼することがあります。

(6) 大切なペットを守るため、また職員が安全にサービスを行うためにも、サービス利用時はペットをリードでつなぐ、ゲージに入れるなどサービスの提供に支障が出ないようご配慮願います。

令和 年 月 日

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいてサービス内容及び重要事項を説明しました。

事業者所在地 千葉県我孫子市湖北台8-13-2  
事業者（法人）名 合同会社 M's トライアングルカンパニー  
事業所名 ヘルパーステーション ケアプライド

説明者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいてサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

利用者 住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印

利用者の代理人 住所

本人との続柄 \_\_\_\_\_

(署名代行者)

氏名\_\_\_\_\_印

令和 5年6月1日 作成