

重要事項説明書

1 事業所の概要

法人名	アルファスタッフ株式会社
事業所名	カームハート桃の木
所在地	群馬県伊勢崎市中央町 14 番地 1 の 2
介護保険事業所番号	1070404304
事業所加算	処遇改善加算 I
サービス提供地域	伊勢崎市・前橋市・太田市・高崎市・玉村町

2 事業所の職員体制等

職種	業務内容	人員	
管理者	管理業務全般	1名（サービス提供責任者と兼務）	
サービス提供責任者	受付、記録	4名（内1名は管理者と兼務）	
従事者	介護福祉士	介護サービス	5名
	ホームヘルパー1級	〃	0名
	ホームヘルパー2級	〃	1名
	介護職員実務者研修	〃	2名
	介護職員初任者研修	〃	1名
	その他		0名

3 サービス提供時間

営業日	月曜日～日曜日 祝日
営業時間	9：00～18：00（サービス提供時間：24時間 365日）
その他年間の休日	1月1日

4 サービス内容

事業者は、次のサービスの中から指定の時間帯に応じて選択されたサービスを提供します。

【サービス内容区分】

<身体介護> ①起床介助 ②就寝介助 ③排泄介助 ④衣服の脱着 ⑤整容介助 ⑥身体の清拭・洗髪 ⑦入浴介助		<生活援助> ⑧食事介助 ⑨口腔ケア ⑩体位交換 ⑪服薬管理 ⑫散歩・買物付き添い ⑬その他（ ）		①調理 ②洗濯 ③住居の掃除・整理整頓 ④買物 ⑤薬の受取り ⑥衣服の入れ替え等	
--	--	---	--	---	--

5 利用料金

- (1) 介護保険からの給付サービスを利用する場合は、利用者のうち各利用者の負担割合に応じた額です。但し介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。
- (2) 基本利用料に対して早朝（午前6時から8時）・夜間（午後6時から10時）帯は25%増し、深夜（午後10時から午前6時）帯は50%増しとなります。
- (3) 利用料は、当月のサービス利用の内訳、利用料等を記載した請求書を毎月翌月10日までに送付または持参いたしますので、20日までにお支払い下さい。お支払いいただくと、領収証を発行いたします。
- (4) 交通費は、通常の事業の実施地域については無料です。
- (5) その他
 - ア 利用料は、次のいずれかの方法によりお支払いいただけます。
 - A 現金払い（サービス提供時に毎回又は月1回定められた日のお支払いとなります。）
 - B 銀行振込（期日までに利用者の方がお振り込み願います。手数料は利用者負担となります。）
 - イ 上記の利用料は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料（10割）を支払い、その後市町村に対して保険給付分（9割）を請求することになります。

6 サービス利用の中止

- (1) 利用者がサービスの利用の中止（キャンセル）をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。
- (2) 利用者の都合でキャンセルする場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください（ただし、利用者の体調の急変など、緊急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）。
- (3) キャンセル料は、利用料の支払いに合わせてお支払いいただけます。

時 間	キャンセル料
サービス利用日の前日まで	無 料
サービス利用日の当日	1000 円

7 当社のサービスの方針等

利用者及び利用者のご家族の思いや考えを十分に汲み取り、思いやりの心で質の高いサービスを提供いたします。また、サービス提供にあたって、居宅介護支援事業者、その他保健・医療・福祉サービスを提供する関係機関との密接な連携に努めます。

8 事故発生時の対応

サービス提供にあたり万一事故が発生した場合は、市町村の担当課、利用者のご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、速やかに損害を賠償します（不可抗力による場合を除きます）。

9 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、利用者のご家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業者等に連絡します。

24時間常時連絡が可能な体制にて、ご利用者様にご迷惑を掛けずスムーズな対応ができるようになっています。

10 秘密保持

当事業所職員は、業務上知り得た利用者及び利用者のご家族の秘密については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。また、退職後においても同様とします。

11 情報開示に関する事項

当事業所を利用するにあたり、利用者及び利用者のご家族の個人情報について、必要最低限の範囲において、市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者、医療機関に対して開示させていただきます。

12 その他

- (1) 利用者がヘルパーの交代を希望される場合には、できる限り対応しますので前記のサービス提供責任者までご相談ください。
- (2) 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扱いはしかねますので、ご了承ください（生活援助として行う買物等に伴う少額の金銭の取扱いは可能です）。
 - ② ヘルパーは、介護保険制度上、利用者（要介護者）の介護や家事の準備等を行うこととされています。ご家族の食事の準備、洗濯など、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 ヘルパーに対する暴力、暴言、嫌がらせ、性的嫌がらせ等、利用者またはその家族が背信行為を行うことで、サービス提供に著しく支障をきたす場合、サービスの提供を中止させていただくことがあります。
 - ④ 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。

3 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当社お客様相談窓口	電話番号 0270-61-9816
	FAX番号 0270-40-7873
	管理者 松本 真弓
	対応時間 午前9時から午後6時（月曜日～日曜日）

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

市町村介護保険相談 窓口	所在地 伊勢崎保険福祉部 介護保険課
	電話番号 0270-24-5111
	所在地 電話番号
群馬県国民健康保険 団体連合会（国保連）	所在地 前橋市元総社町 335-8 電話番号 027-290-1323

上記の契約を証するため、契約書・重要事項説明書を2通作成し、事業者及び利用者が記名押印の上、各自1通ずつ保有することとします。

以下の記名押印は、重要事項・情報開示に関する説明の承諾も兼ねることとします。

令和 年 月 日

(事業者) 所在地 群馬県伊勢崎市中央町14番地1の2

代表取締役 原 功和 ・ 長岡 洋介 印

説明者 松本 真弓 印

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

上記代理人（代理人を選任した場合）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(家族代表) 住 所 _____

氏 名 _____ 印