

我孫子市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業 訪問介護相当サービス重要事項説明書

1 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話番号 04-7182-0950

(平日 午前9:00~午後6:00)

※ ご不明な点は何でもお尋ねください。

2 ママ MATE の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	ママメイト 本社
所在地	〒270-1176 千葉県我孫子市柴崎台2-9-4
介護保険指定番号	訪問介護(千葉県1272700236)
サービス提供地域	我孫子市

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

	資 格	常 勤	非常勤	計
管理者	介護福祉士	1名		1名
サービス提供責任者	介護福祉士	9名	0名	9名
事務職員		2名	0名	2名
従事者	介護福祉士 介護職員初任者課程修了者 訪問介護員1~2級課程修了者	19名	24名	43名

※ 職員の人数は、令和7年1月現在のものです。

(3) サービスの提供時間帯

9:00 ~ 18:00

※ただし、ご依頼によりこの限りではありません。

※事業所の営業時間は平日9~18時までです。

※休業日年末年始(12/29~1/3)。

3 事業の目的

株式会社ママ MATE が開設するママメイト本社が行う介護予防・日常生活

支援総合事業第 1 号事業訪問事業の適正な運営を確保し、要支援状態にあるものに対し適正な訪問介護を提供することを目的とします。

4 運営の方針

- (1) 従業者は利用者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配慮して、生活全般にわたる適切な援助を行います。
- (2) 利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立って公平中立に行います。
- (3) 地域福祉の向上のため、市町村、老人介護支援センター、他の居宅サービス事業者その他保健・医療機関と密接に連携しサービスの提供に努めます。

5 サービス内容

- (1) 訪問介護計画書に沿った自立に向けての支援・援助等

6 利用料金

- (1) 利用料

利用料は、基本料金(利用表)と厚生労働大臣が定める加算の合計から給付率に応じた介護保険の給付を差し引いた金額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス料金は、全額自己負担になります。

【 料金表 ー基本料金、昼間ー 】

訪問型独自サービスⅠ	11,760 円／月	週 1 回
訪問型独自サービスⅡ	23,490 円／月	週 2 回
訪問型独自サービスⅢ	37,270 円／月	週 3 回

- ※ 1 回あたりのサービス提供時間と回数については訪問介護計画書によります。
- ※ 基本料金に対して、早朝・夜間帯は 25%増し、深夜は 50%増しです。
- ※ 上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく利用者の介護予防サービス支援計画に定められた目安の時間を基準とします。
- ※ 介護保険適用の場合でも保険料の滞納などにより、保険給付金が直接事業者に支払われない場合があります。その場合は一旦介護保険適用外の場合の料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。

サービス提供証明書と領収書を後日、市役所の窓口に提出しますと差額の払い戻しを受けることができます。

- ※ 初回加算：新規に訪問介護計画書を作成した場合に、サービス提供責任者が同行訪問し、若しくは本サービスを実施した場合に 2,000 円発生します。
- ※ その他の法定加算として、介護職員等処遇改善加算および地域加算が発生します。なお、介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者配置減算、同一建物に対する減算、および特定事業所加算は該当ありません。
- ※ 契約書第 7 条第 3 項の災害等に起因するサービス中止があった場合の利用料の減額ははありません。
- ※ 以上の利用料はすべて介護保険法令等で定められた金額であり、事業者が独自に定めたものではありません。

(2) 交通費

訪問介護員が訪問するための交通費は必要ありません。但し、提供地域以外の訪問につきましては、交通費を申し受ける場合がございます。また、サービス提供の上で発生する交通費の実費（買い物の際、交通機関を使用した場合）をご負担願います。

(3) その他

- ① 利用者の住まいで、サービスを提供するために使用する水道、ガス、電気、電話の費用は利用者のご負担になります。
- ② 料金のお支払い方法
ご利用の翌月に銀行口座引落しでお支払いください。なお、請求書はご利用翌月 10 日をめどに発送します。領収証は、入金確認直後の請求書発送時に同封します。なお、領収証の再発行は致しかねますので大切に保管してください。

7 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

契約の後に訪問介護計画書を作成し、サービスの提供を開始します。

(2) サービス利用にあたっての留意事項

- ・ 訪問介護計画書に記載のないサービスを提供することはできません。
- ・ 介護保険は、利用者不在では、サービスを提供することができません。
- ・ 利用者が不在などのため、サービス提供ができない場合は 10 分間現地にて待機いたします。この時間を過ぎても利用者が不在の場合は、

サービスの中止とします。また、10 分以内に開始となる場合でも、予定時刻でサービスを終了します。

- ・保険給付として適切な範囲を逸脱していると考えられるサービス提供を求められた場合は、サービス提供をお断りする場合があります。
- ・諸事情で訪問介護員を変更させていただく場合があります。
- ・訪問時の職員に対するお茶やお菓子はご遠慮させていただいております。
- ・買い物代行は、現金をお預かりして行うサービスです。プリペイドカードやポイントカード等、お預かりしたときとお返ししたときの残高を確認することが難しいもの、および電子マネー、クレジットカード等の署名した本人だけが利用できるものはお預かりできません。
また、上記に当てはまらないカード等で、お預かりしたものを万が一紛失あるいは盗難にあった場合、事業者による損失補てんは無いもの
とします。
- ・振込代行は、公共料金と日常生活に必要なものの支払いのみとし、すべて記載済みの振込用紙があるときのみ対応します。
- ・ヘルパーがお預かりできる現金は、上限を 2 万円とします。

8 緊急時等における対処方法

現にサービスの提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合やその他必要な場合は、あらかじめご指定された主治の医師などに連絡を取るなど必要な措置を講じます。

9 ハラスメント行為等の対応

利用者またはその家族が事業者や職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為もしくは健全な信頼関係を築くことが出来ないほどのハラスメント行為を行った場合は、文書で通知し、サービスの提供を終了します。

10 業務継続計画の策定と維持

事業者は感染症または非常災害の発生時に自身、自宅、家族に被害が無い職員により、かつ職員の稼働の安全確保が確実な場合に対応が可能な優先業務の維持と、早期の業務再開を図るための計画を策定し、必要な措置を講じ、研修し、訓練します。

11 感染症の発生予防とまん延防止

事業者は感染症の発生予防とまん延防止のための指針を整備し、委員会を定期的開催するとともにその結果を周知徹底し、研修および訓練を実施します。

1 2 虐待の防止

事業者は高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律の趣旨に基づき養護者による高齢者虐待の早期発見、要介護施設従事者等による高齢者虐待の発見、および事業所内での発生防止を図るために指針を整備し、担当者を定め、委員会を定期的開催するとともにその結果を周知徹底し、研修を実施します。

1 3 身体拘束とその記録

事業者は身体拘束等の適正化のための指針を整備し、委員会を定期的開催するとともにその結果を周知徹底し、研修を実施します。

事業者は、当該利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。

なお、身体拘束を行う場合には、その態様および時間、その際の利用者の心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由を記録します。

ただし、姿勢保持を目的としたシートベルト等の使用はこの限りではありません。

1 4 サービス内容に関する苦情

苦情を解決するための体制と手順は、以下のとおりです。

- (1) 苦情を受け付けた場合は、苦情の内容を整理します。
- (2) 従業者より事実関係を聴取し、状況を把握します。状況によっては聞き取りのため利用者を訪問し確認します。
- (3) 苦情の内容によっては管理者に報告しその指示を受けます。
- (4) 苦情受付担当者は、把握した状況を検討し、必要に応じて関係者への連絡調整を行うと共に、利用者との話し合いにより解決を図ります。
- (5) 苦情受付担当者は、苦情受付から解決の経過および再発防止策を記録し、社内で共有し、管理します。

当社利用者相談・苦情・虐待防止担当

- ・受付者 …… サービス提供責任者
- ・管理者 …… 小野寺 知子
- ・電話番号 …… 04-7182-0950

その他（行政窓口）

- ・我孫子市 …… 04-7185-1111
- ・千葉県国民健康保険団体連合会
介護保険課苦情処理係 …… 043-254-7428

15 時間外連絡先

時間外に会社へ連絡する場合は、ご利用ください。

連絡先（携帯） 080-3009-5797

個人情報同意書

利用者及び家族の個人情報をサービス担当者会議において利用するほかに、以下の使用目的に利用することを同意します。

使用目的

1. 居宅サービス計画の作成
 - (ア) 介護予防サービス・支援計画表の受領
 - (イ) 訪問介護計画書の作成および配布
2. サービスの提供
 - (ア) サービス提供票の受領および提出
 - (イ) サービス提供の計画
 - (ウ) 訪問介護員によるサービスの提供
 - (エ) サービス内容の記録の作成
 - (オ) 訪問介護支援経過記録の作成および配布
 - (カ) モニタリングの実施、記録および配布
3. 管理運営業務
 - (ア) 介護保険給付金請求にかかる行政機関への請求事務
 - (イ) 公費負担介護にかかる行政機関への請求事務
 - (ウ) 利用者負担の請求にかかる請求事務
 - (エ) 利用料金の銀行引落しでの手続きで、銀行口座番号および利用者の氏名、住所等の照会
 - (オ) 当社のサービスのご案内の発送
 - (カ) ご利用実態調査（アンケート）
 - (キ) 介護事故等の報告
 - (ク) 法令に基づく場合、介護保険事務、他の介護サービス事業者との連携および家族への説明
 - (ケ) 介護賠償責任保険等にかかる、介護に関する専門の団体や保険会社等への相談または届出等

年 月 日

利用者 _____

家族 _____

続柄[]

続柄[]

緊急時の対応

重要事項説明書第 8 項の連絡先として以下を指定します。

主治医

病院名 _____

科目 _____

担当医 _____

電話番号 _____

緊急時の連絡先

1 氏名 _____ 続柄[]

電話 _____

2 氏名 _____ 続柄[]

電話 _____

契約締結日

年 月 日

〔所在地〕 千葉県我孫子市柴崎台 2-9-4

〔事業者名〕 株式会社 ママ^{×イト}MATE

〔代表者名〕 代表取締役 高倉 祐子

〔説明者〕

私は契約書および重要事項説明書により、事業者から本サービスについての重要事項の説明を受け、個人情報の適切な使用に同意し、訪問介護相当サービスの利用を開始します。

この契約を証するため、本書を 2 通作成し、利用者、事業者が署名捺印のうえ、1 通ずつ保有するものとします。

〔利用者住所〕 _____

〔利用者氏名〕 _____

〔利用者 TEL〕 _____

〔ご家族住所〕 _____

〔ご家族氏名〕 _____

〔ご家族 TEL〕 _____

続柄[]

〔代理人住所〕 _____

〔代理人氏名〕 _____

〔代理人 TEL〕 _____

続柄[]