

指定訪問介護等重要事項説明書

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	ケアパートナー株式会社
主たる事務所の所在地	〒108-0075 東京都港区港南2-16-1 品川イーストワンタワー21階
代表者（職名・氏名）	代表取締役 高山 尚弥
設立年月日	1994年7月
電話番号	電話 03（6404）8111

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ソエルガーデン豊川訪問介護	管理者	
サービスの種類	訪問介護		
事業所の所在地	〒442-0007 愛知県豊川市大崎町野中67-3		
電話番号・FAX	電話 0533-65-7095	FAX	0533-65-7096
指定年月日	(介護) 2025年12月1日		
事業所番号	(介護) 2372603072		
通常の事業の実施地域	豊川市		

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問介護を提供することを目的とする。
運営の方針	ケアパートナーは、お客様の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する区市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、お客様の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

身体介護		生活援助（家事援助）※
①サービス準備・記録 ②排泄介助 ③食事介助 ④特段の専門的配慮を持って行う調理 ⑤清拭・入浴・身体整容 ⑥体位変換・移動、移乗介助 ⑦外出介助 ⑧起床介助・就寝介助	⑨服薬介助 ⑩自立支援のための見守りの援助※ ※自立支援、身体機能向上の観点から安全を確保しつつ常時介助できる状態で行う見守り等を指します。	①サービス準備等 ②環境整備 ③掃除 ④洗濯 ⑤一般的な調理 配膳、下膳 ⑥買い物、薬の受け取り ※同居のご家族がいらっしゃる場合は原則として生活援助は適用になりません。

(厚生労働省老人福祉局 老計第10号別紙 「訪問介護におけるサービス行為ごとの区分等について」に基づく)

5. 営業日時

営業日	365日
営業時間	24時間

6. 事業所の職員体制

職種	計	業務内容	計
管理者	1名	一元的業務管理	1名
サービス提供責任者	1名以上	サービス提供責任者業務	1名以上
サービス従事者	2.5名以上（常勤換算数）	訪問介護サービス	2.5名以上（常勤換算数）

7. 利用料・キャンセル料

利用料金・キャンセル料金については別紙の利用料金表を参照ください。

8. 虐待の防止

お客様の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 定期的な研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識の向上に努めます。
- ② 虐待防止に関する責任者を設置しています。虐待防止に関する責任者 管理者
- ③ 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ④ 虐待防止のための指針の整備をしています。
- ⑤ 成年後見制度の利用を支援します。
- ⑥ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（お客様の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われるお客様を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
- ⑦ 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者がお客様等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

9. 身体拘束防止

サービスの提供にあたっては、当該お客様又は他のお客様等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他のお客様の行動を制限する行為を行いません。

やむを得ず身体拘束を行う場合、①緊急性②非代替性③一時性の要件を満たしていることを、カンファレンスにて確認の後、お客様及び家族等（後見人含む）に説明同意を得た上で、その実施状況や時間等について、経過観察記録を作成し保管いたします。

①	緊急性	直ちに身体拘束を行わなければ、お客様本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りです。
②	非代替性	身体拘束以外に、お客様本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りです。
③	一時性	お客様本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

10. 衛生管理等

- ① サービス提供を行う施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。
- ② 必要に応じて保健所の助言、指導を求めるとともに、常に密接な連携に努めます。
- ③ 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないよう次に掲げる措置を講じます。
 - 1) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6ヶ月に1回程度開催します。
 - 2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - 3) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修等を定期的実施します。

11. 業務継続計画の策定について

- ① 感染症や非常災害の発生時において、お客様に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ② 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- ③ 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

12. 個人情報の保護及び秘密の保持

事業所は、お客様及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。

事業所が得たお客様及びその家族の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、サービス担当者会議等において、お客様の個人情報を用いる場合はお客様の同意を、お客様の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。

13. 緊急時対応方法

緊急時対応受付時間	平日	9:00～18:00
緊急時担当対応者	管理者	電話 0533-65-7095

14. 事故発生時対応

お客様に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、区市町村、お客様の家族、お客様に係るサービス事業者（地域包括支援センターより第1号訪問事業の業務を受託している居宅介護支援事業者を含む。以下同じ。）等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、お客様に対するサービス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います。

- ・加入保険会社名 三井住友海上火災保険株式会社
- ・保険の内容 賠償責任保険

15. サービス提供の記録

- ① 指定訪問介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は、本契約終了後から5年間保存します。
- ② お客様は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

16. サービス利用に際して

ホームヘルパー変更の可否	可	ご希望の場合はお申し付けください。
従業員への研修の実施	実施	毎月1回以上全ヘルパーに対する研修を実施しております。
サービスマニュアルの作成	あり	感染予防マニュアル、事故対応マニュアル等

17. 苦情相談窓口

事業所苦情相談窓口	担当者 管理者 連絡先 0533-65-7095
本社窓口 (お客様相談室)	担当者 お客様相談室 ご連絡先 0120(528)610 受付時間 9:00～17:00 (土日祝年末年始除く)
事業所外苦情相談窓口	愛知県国民健康保険団体連合 受付時間 9:00～17:00 ご連絡先 052-971-4165 東三河広域連合 介護保険課 受付時間 8:30～17:15 ご連絡先 0532-26-8470

18. 福祉サービス第三者評価 第三者評価実施の有無 無し

19. 留意事項

訪問介護サービス提供にあたり、下記に該当する行為は行いません。

- ① 金品・物品等の教授
- ② ご家族等に対するサービスの提供
- ③ 営利活動・政治活動・宗教活動
- ④ その他、お客様もしくはご家族に対する迷惑行為
- ⑤ 適切な指定訪問介護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより訪問介護員等の就業環境が害されることを防止するため、方針の明確化等の必要な措置を講じる
- ⑥ 居宅サービス計画の作成または変更に関し、居宅支援事業所の介護支援専門員等又は居宅要介護被保険
- ⑦ 指定訪問介護に関する諸記録を整備し、そのサービスを提供した日から最低5年間は保存

ケアパートナーは、訪問介護サービスの提供開始に当たり、重要事項説明書に基づいて訪問介護サービス内容の説明を行いました。

本書交付を証するため、本書を2通作成し、ケアパートナー、お客様（またはその代理人様）は、署名のうえ、各1通を保管するものとします。

年 月 日

事業者	所在地	東京都港区港南2-16-1 品川イーストワンタワー21階
	名称	ケアパートナー株式会社
	代表者名	代表取締役 高山 尚弥
サービス事業所	所在地	愛知県豊川市大崎町野中67-3
	名称	ソエルガーデン豊川訪問介護
	説明者	

私は、重要事項説明書に基づいて、サービス内容および重要事項の説明を受け、その説明を受けた内容について同意します。

年 月 日

お客様	住所	_____
	氏名	_____

代理人様・ 立会人様 または 署名代行人様（お客様との続柄：_____）
※該当する項目に☑を入れてください。

住所	_____
氏名	_____

- (注1) 「立会人様」欄には、ご本人とともに契約内容を確認し、緊急時などにお客様の立場に立って事業者との連絡調整等を行う方がいる場合に記載してください。
- (注2) 「署名代行人様」欄には、ご本人が身体上の理由等により、署名捺印ができない場合においてご本人に代わって署名捺印をされる場合に記載してください。
- (注3) 「立会人様」および「署名代行人様」は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

(事業所控)