

# 介護保険法に規定する第一号訪問事業重要事項説明書

<令和5年1月16日現在>

## 1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 0587-34-5288(午前9時～午後5時まで)

担当 山田 優華

\* ご不明な点は、何でもおたずねください。

## 2. ホームヘルプふれあいサービスの概要

### (1) 提供できるサービスの種類と地域

\* 下記の地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

事業所名	ホームヘルプふれあいサービス
所在地	愛知県稲沢市井之口大坪町80番1号
介護保険指定番号	訪問介護 2373900097号
その他のサービス	居宅介護支援 2373900105号
サービスを提供する地域 *	稲沢市 一宮市 清須市

### (2) 同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	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	4名( 1 )	1名( )		5名( 1 )
従事者	介護福祉士	1名(1)	9名( )		10名(1 )
	1級修了者	名( )	1名( )		1名( )
	2級修了者	名( )	21名( )		21名( )

( )内は男性再掲

### (3) サービスの提供時間帯

	通常時間 8:00～18:00	早朝 6:00～8:00	夜間 18:00～22:00	深夜 22:00～6:00	備考
平日	○				
土	○				

\* 時間帯により料金が異なります。

休業日	日祝日 8/13～8/16 12/29～1/3
-----	-------------------------

## 3. 利用料金

### (1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、基本料金(料金表)の1割または2割になります。

☆ 利用料金は1ヶ月ごとの定額制です。介護予防サービス計画において位置づけられた支給区分によって次のとおりとなります。

☆ 契約者の体調不良や状態の改善により介護予防訪問介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合であっても、日割りでの割り引きはしません。

支給区分	I (おおむね週1回)	II (おおむね週2回)	III (おおむね週3回)
現行相当	1,176単位	2,349単位	3,727単位
その他	初回加算	200単位	生活機能訓練加算 100単位

\* 1単位=10.42円

\* その他、介護職員処遇改善加算 I (13.7%) 介護職員等処遇改善加算 II (4.2%)  
介護職員等ベースアップ等支援加算(2.4%) 必要となります。  
(1ヶ月の合計利用額に乗じて算定)

\*ご利用される負担割合は負担割合証の通りとなります。

☆ 月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用したり月の途中で終了した場合であっても以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。

- ・ 月途中で要介護から要支援または事業対象者に変更となった場合
- ・ 月途中で要支援または事業対象者から要介護に変更となった場合
- ・ 同一保険者管内での移転等により事業所を変更した場合

#### (2) 交通費

どちらの地域にお住まいの方も無料です。

#### (3) キャンセル料

急なキャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。(連絡先 0587-34-5288)  
キャンセル料は無料です。

#### (4) その他

\* お客様の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、電話代等の費用、オムツ、ゴム手袋等の消耗品費用はお客様のご負担になります。

\* 生活援助の「買い物、薬取り等」に伴うヘルパー車両使用時のガソリン代が必要となります。(走行距離×20円※小数点以下繰り上げ)

\* 料金のお支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、26日までにお支払ください。  
お支払いただきますと、領収書を発行します。

お支払方法は、口座振替、郵便振替、現金集金の3通りの中からご契約の際に選べます。

## 4. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。

介護予防サービス計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

\* 介護予防サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

## (2) サービスの終了

### ① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

### ② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

### ③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

1. お客様が介護保健施設に入所した場合。
2. 要支援または事業対象者の方が要介護又は非該当(自立)と認定された場合  
\* この場合、条件を変更して再契約する事が出来ます。
3. お客様がお亡くなりになった場合

### ④ その他

1. 当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知する事によって即座にサービスを終了する事が出来ます。
2. お客様がサービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内に支払わない場合、又はお客様やご家族などが当社や当社のサービス従業者に対して本契約書を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知する事により、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
3. 下記のような行為があり、ハラスメントに該当するとみなされる場合、サービスの中断や文書で通知する事により即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
  - \* 暴力又は乱暴な言動、無理な要求
    - ・物を投げつける     ・刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける
    - ・怒鳴る、奇声、大声を発する     ・対象範囲外のサービスの強要     等
  - \* セクシュアルハラスメント
    - ・不必要に介護従事者の体を触る、手を握る     ・腕を引っ張り抱きしめる
    - ・ヌード写真を見せる     ・性的な話し卑猥な言動をする     等
  - \* その他
    - ・介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く     ・ストーカー行為
    - ・必要以上に何度も連絡の催促をする     ・理不尽な要求をする     等

## 5. 虐待防止

### (1) 虐待の防止

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下に掲げる措置を講じるよう努めます。

#### ① 虐待防止委員会

事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに、

その結果について、訪問介護員等に周知徹底を図ります。

② 虐待防止規定

事業所における虐待防止のための指針を整備します。

③ 虐待防止に関する研修

訪問介護員等に対し、虐待防止のための研修を定期的実施します。

④ 虐待防止対応責任者

虐待防止の措置を講じるための担当者を置きます。

(2) 身体拘束の禁止

原則としてご利用者様に対し身体拘束を行いません。

① 身体拘束の例外

切迫性(生命又は身体の危険)・非代替性(行動制限を行う以外に介護方法がない)

・一時性(行動制限が一時的)を満たす状態にある場合は、必要最低限の身体拘束を行う場合があります。

1. 自傷他害のおそれがある等緊急やむを得ない場合は、管理者やサービス提供責任者が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。

2. 説明と同意を得てから、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがあります。

② 身体拘束の記録

身体拘束を行った場合は、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録に記載することとします。

又、身体拘束の内容や目的、経過観察等を記録し5年間保管します。

③ 身体拘束廃止にむけて

利用者の尊厳と主体性を尊重し、身体拘束をなくしていく為の取組を積極的に行います。

## 6. 当社の第一号訪問事業サービスの特徴等

(1) 運営の方針

事業者の介護予防訪問介護員等は、要支援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事ができるよう、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助(基準緩和サービスの場合は生活援助のみ)サービスを行う。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。そのために必要があると判断した場合は、サービス担当者会議等において、利用者及びその家族の個人情報を用いさせていただく場合がございます。

(2) サービスの利用のために

ホームヘルパーの変更の可否	可	変更を希望される方はお申し出下さい
男性ヘルパーの有無	有	
従業員への研修の実施	有	年12回研修を実施しています
サービスマニュアルの作成	有	
その他		

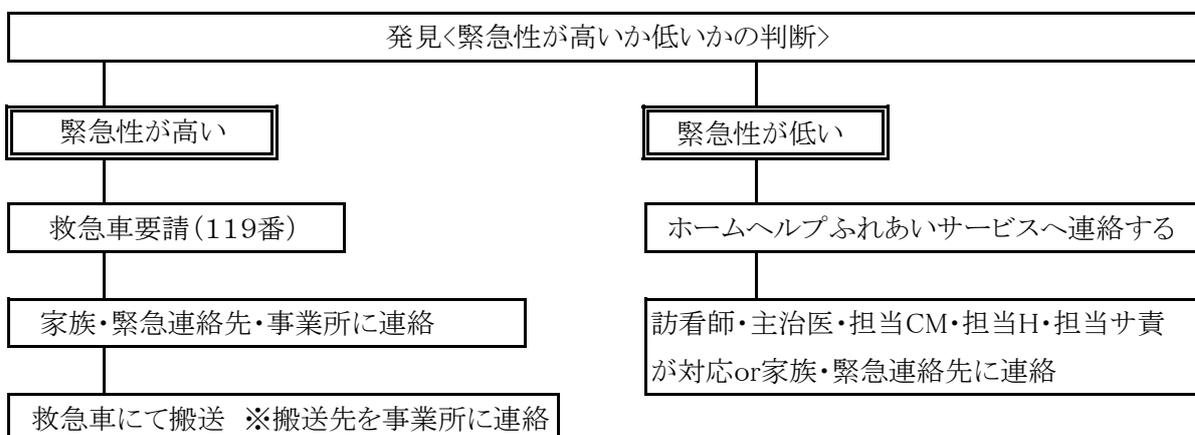
## 7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

主治医	病院・主治医氏名	
	連絡先電話番号	
ご家族	氏名	
	続柄	
	連絡先電話番号	

## 8. 事故発生時の対応方法

- 1 訪問介護員等が行うサービスの提供中に事故が発生したときは、直ちに県、市町村及び当該利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講ずるものとする。
- 2 訪問介護員等が行うサービスの提供中に賠償すべき事故が発生したときは、速やかに損害を賠償するものとする。



※ただし、上記以外の緊急対応の可能性もあります。

## 9. サービス内容に関する苦情

### ① 当社お客様相談・苦情担当

お客様サービス課 電話 0587-34-5288 山田 優華

### ② その他、当社以外に、愛知県、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

愛知県国民健康保険団体連合会介護保険課(苦情処理相談窓口) 052-971-4165(直)

稲沢市 福祉健康部 高齢介護課 0587-32-1111(代)

一宮市 福祉子ども部 高年福祉課 介護保険グループ 給付担当 0586-28-9018(直)

清須市 健康福祉部 高齢福祉課 052-400-2911(代)

あま市 福祉部 高齢福祉課 052-444-3141(直)

北名古屋市 福祉部 高齢福祉課 0568-22-1111(代)

## 10. 当社の概要

名称・法人種別	有限会社ふれあいサービス
代表者役職・氏名	代表取締役 吉田 晃
本社所在地・電話番号	〒492-8164 愛知県稲沢市井之口大坪町80番1号 0587-34-5288
定款の目的に定めた事業	介護予防・日常生活支援総合事業・訪問介護・居宅介護支援 一般乗用旅客自動車運送(患者等輸送) 在宅介護サービス・その他前各号に附帯する一切の事業

.....  
契約をする場合は以下の確認をすること

令和 年 月 日

第一号訪問事業の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	愛知県稲沢市井之口大坪町80番1号
	名称	有限会社ふれあいサービス 印
	氏名	山田 優華

私は、契約書および本書面により、事業者から第一号訪問事業についての重要事項の説明を受けました。

利用者	住所
	氏名 印
(家族代表/代理人)	住所
	氏名 印