

# 介護予防訪問サービス重要事項説明書

愛知クリニックヘルパーステーション  
豊橋市松村町 51 番地

0532-48-7757 (代)

介護予防訪問サービスの提供開始にあたり、厚生労働省令第 38 号第 8 条に基づいて、当事業者が説明すべき重要事項は次のとおりとなります。

## 1 介護予防訪問サービスの方針目的

介護予防訪問サービスは、「日常生活上の基本動作がほぼ自立し、状態の維持・改善可能性の高い」軽度者の状態に即した自立支援と「目標指向型」のサービスの提供を推進します。又、本人が自力で家事等を行うことが困難な場合であって、家族や地域による支え合いや他の福祉施策などの代替サービスが利用できない場合について適切なケアマネジメントに基づきサービス提供することを目的とします。

## 2 会社概要

- 法人名称 : 医療法人 有心会
- 所在地 : 愛知県豊橋市松村町 51 番地
- 代表者 : 新里 徹
- 代表番号 : 0532-47-3663

## 3 介護予防訪問サービスを提供する事業所 (以下、「サービス事業所」とします。)

### ○サービス事業所の概要

サービス事業所の名称	愛知クリニックヘルパーステーション 〒441-8034
所在地	愛知県豊橋市松村町 51 番地
電話番号	(TEL) 0532-48-7757 (FAX) 0532-38-5445
指定事業者番号	2372001731
実施サービス	介護予防訪問型サービス
サービス提供地域	豊橋市、豊川市、田原市
備考	応相談

### ○職員体制

	常勤	非常勤	計	資格等
管理者兼サービス提供責任者	1人	0人	1人	介護福祉士
サービス提供責任者兼訪問介護員	1人	0人	1人	介護福祉士
訪問介護員	0人	2人	2人	介護福祉士
		2人	2人	介護初任者研修修了者
合計	2人	4人	6人	

### ○営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	午前8時30分～午後5時
休業日	日曜日、12月29日～1月3日

※ 居宅サービス計画により、休業日及び営業時間外であってもサービスを提供する場合があります。

## 4 サービスの概要

- ・介護予防訪問サービス（Ⅲ）は、要支援2認定者のみの設定となります。
- ・月途中からの利用の場合の利用料は、1日あたりの利用料に契約期間を乗じて算定します。
- ・サービスの提供回数及び時間は、介護予防訪問サービス計画に設定された目標等を勘案して標準的な必要量を定めるもので、緊急時等必要に応じ変更できますが、当初計画した利用料以外の費用負担はありません。  
ただし、変更後のサービス提供量によって翌月の利用料が変更されることがあります。
- ・月額報酬となっているため、体調不良や都合により直前にキャンセルされた場合であっても、キャンセル料は不要です。
- ・当事業所の介護予防訪問サービスの提供を受けている間は、他の介護予防訪問サービスの提供を受けることはできませんのでご注意願います。
- ・介護保険制度における生活援助は、ご利用者本人の日常生活を支援するという目的に沿って低額とするためご利用いただけるサービスが制限されています。

### ☆介護保険給付対象外サービス内容

- ・通院介助、買い物介助等で移動する移送サービスは対象外となります。
- ・サービス提供の為に利用者の居宅に於いて使用する水道、電気、ガス、電話等の費用は利用者負担になります。

## 5 キャンセル

ご利用者の都合によりサービスのキャンセルをする場合は下記へご連絡下さい。

キャンセルの連絡先電話番号	0532-48-7757
---------------	--------------

(なるべくわかった時点にて連絡をお願いします。)

## 6 利用料金

別紙 参照

## 7 お支払い方法

- ・前月のサービスご利用分に関する利用者負担金を、利用の翌月上旬に1ヶ月分をまとめてご請求いたします。
- ・お支払い方法は、現金払いまたは口座引き落とし（翌月27日の引き落とし）となります。請求書が出来次第介護従事者がお持ちいたします。

## 8 緊急時及び事故発生時の連絡先

- ・主治医・ご親族等緊急時及び事故発生時の連絡先は、予め担当のサービス従事者により確認させていただきます。サービス提供中にご利用者の容態の急変等があった場合には、当該の連絡先及び居宅介護支援事業者・関連事業者等へ連絡します。

## 9 賠償責任について

- ・居宅サービスの提供に伴ってサービス事業所の責めに帰すべき事由により、ご利用者又はそのご家族等の介護者の生命・身体・財産及び名誉に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。
- ・ご利用者又はそのご家族等の介護者は、ご利用者又はそのご家族等の介護者の責めに帰すべき事由により、サービス事業所の生命・身体・財産及び名誉に損害を及ぼした場合は、その損害賠償を請求される場合があります。

## 10 介護保険法の改正について

国が定める介護給付費（介護報酬）の改定があった場合、料金体系は国が定める介護給付費（介護報酬）に準拠するものとします。

## 11 サービス提供に関わるお願い事項

- ・贈答、もてなしの禁止  
訪問介護員に贈答や飲食のもてなしは、制度上、禁止とされておりますので、ご遠慮させていただきます。
- ・訪問介護員の個人情報  
個人情報保護法上、訪問介護員の住所、電話番号などの個人情報につきましては、ご利用者にお知らせしていませんので、あらかじめご了承ください。
- ・訪問予定時間は、交通事情により前後することがあります。
- ・ご利用者の担当になる訪問介護員の選任（担当の変更を含みます）は、サービス事業所が行い、ご利用者が訪問介護員を指名することができません。
- ・ご利用者が、担当の訪問介護員の変更を希望する場合には、その変更希望理由（業務不適当と判断される事由）を明らかにし、事業所まで申し出てください。  
※業務上不適当と判断される事由がなき場合、変更をいたしかねる事があります。

## 12 パワハラ セクハラについて

下記の行為は、ハラスメントに該当する可能性があり、サービスを中止させていただくことがありますので、ご理解・ご了承ください。

### ■身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）

精神的暴力（個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）

- 〈例〉
- ・物を投げつける
  - ・刃物に向ける、たたかれる、蹴られる、手を払いのける
  - ・怒鳴る、大声を発する、奇声を浴びせる
  - ・威圧的な態度で文句を言い続ける など

### ■セクシャルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求、性的ないやがらせ行為）

- 〈例〉
- ・介護従事者の体を触る
  - ・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、卑猥な言動を繰り返す など

### ■その他

- 〈例〉
- ・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 など

## 13 虐待の防止について

虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます

- ・虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について訪問介護職員等に周知徹底を図る
- ・虐待防止のための指針を整備する
- ・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する
- ・前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の置く
- ・サービス提供中に当該事業所従業員又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとする

## 14 衛生管理等

- ・訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います
- ・事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます
- ・事業所において感染症の発生、又はまん延しないように、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概ね六ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について訪問介護員等に周知徹底をしています
- 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 訪問介護員等に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します

15 業務継続計画の策定等について

- ・ 感染症や非常災害時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、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
- ・ 訪問介護員に対し、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
- ・ 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

16 第三者による評価状況等

- ・ 提供するサービスの第三者評価の実施状況

〈実施の場合〉 実施日 年 月 日

実施評価機関の名称 ( )

評価結果の開示状況 ( )

〈未実施の場合〉

未実施

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲 1 に対する介護予防訪問サービスの提供開始にあたり、甲 1 (甲 2) に対して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

(乙) 介護サービス事業者

事業所 所在地 豊橋市村松町 5 1 番地  
事業所名 愛知クリニックヘルパーステーション

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(甲) 私は、本書面に基づいて甲から上記重要な事項の説明を受けました。  
私は、介護予防訪問サービスの提供開始に同意します。

(利用申し込み者の判断能力に障害がみられる場合において利用者に代わってその家族代理人、成年後見人等の代理での署名、捺印でも可能とする。)

(甲 1) 利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

(甲 2) 利用者の家族 住所 \_\_\_\_\_  
又は代理人

氏名 \_\_\_\_\_ 印

## 苦 情 受 付 の 窓 口

訪問介護（ヘルパーステーション）に関する相談・苦情については、下記にご連絡ください。

### 《事業者の窓口》 愛知クリニックヘルパーステーション

苦情受付担当 細井 裕子

所在地 〒441-8034 豊橋市松村町51番地  
電 話 0532-48-7757  
FAX 0532-38-5445  
受付時間 平日 8:30 ~ 17:00

### 《保険者の窓口》 東三河広域連合 介護保険課 事業グループ

所在地 〒440-0806 豊橋市八町通二丁目16番地  
豊橋市職員会館5階  
電 話 0532-26-8471  
FAX 0532-26-8475  
受付時間 平日 8:30 ~ 17:15

### 《公的団体の窓口》 愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉課

所在地 〒461-0001 名古屋市東区泉1丁目6番5号  
電 話 052-971-4165  
FAX 052-962-8870  
受付時間 平日 9:00 ~ 17:00

## 緊 急 連 絡 先

### 《利用者》

氏 名		生年 月日	年 月 日
住 所			
電 話			

### 《ご家族》

#### 第1連絡先

氏 名		続 柄	
住 所			
電 話		携帯電話	

#### 第2連絡先

氏 名		続 柄	
住 所			
電 話		携帯電話	

### 《医療機関》

#### かかりつけ医

医療機関名		医 師 名	
住 所			
電 話		夜間・休日の連絡体制	有 ・ 無

※ あらかじめ、かかりつけ医に、確認をお願いします。

#### 救急車を要請した際に搬送する医療機関

医療機関名		医 師 名	
住 所			
電 話		夜間・休日の連絡体制	有 ・ 無

※ あらかじめ、かかりつけ医と相談のうえ、取り決めておくことをお勧めします。

居宅介護支援事業所	
介 護 支 援 専 門 員	