医療法人　久幸会
指定訪問介護・第１号訪問事業
ニコニコヘルパーセンター
重　要　事　項　説　明　書

あなたに対する訪問介護サービス（第１号訪問事業訪問介護サービスを含む。以下同じ。）の提供開始にあたり、当事業者が、あなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

１．事業所概要

事業者名称	ニコニコヘルパーセンター
所在地	秋田市下新城中野字琵琶沼１２４番地１
法人種別	医療法人　久幸会
代表者名	理事長　稲庭　千弥子
管理者名	金子　守
電話番号	０１８（８７３）７１５８
ＦＡＸ番号	０１８（８７３）４７８６
指定訪問介護事業所番号	秋田県　０５７０１０２５４１号
通常のサービス提供実施地域	秋田市（旧河辺町、旧雄和町を除く）・潟上市

２．事業の目的と運営方針

〈 事業の目的 〉

ニコニコヘルパーセンターの職員が、介護保険法の理念に基づき、要支援・要介護等状態にある高齢者等に対し、健全で安らかな生活を営むことができるよう援助致します。

〈 運営方針 〉

（１）要支援・要介護等状態にあるご利用者が、可能な限りその居宅において、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に援助致します。
（２）ご利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、ご利用者の選択に基づいた適切な訪問介護サービスを提供致します。
（３）ご利用者の意思、 及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立った訪問介護サービスを提供致します。
（４）サービス提供の実施に当たって、関係機関との連携を密にし、そのサービスの提供が総合的、かつ効果的に行われるよう努めます。
（５）訪問介護員の教育研修を重視し、提供するサービスの質の向上に努めます。

３．事業所の職員体制

職　種（資格）	常勤	非常勤	業 務 内 容
管理者	１名		訪問介護管理業務、
サービス提供責任者（介護福祉士）	３名		訪問介護計画・第一号訪問事業計画書の作成、身体介護・生活援助
従事者（介護福祉士） 従事者（介護基礎研修） 従事者（ﾍﾙﾊﾟｰ１級） 従事者（ﾍﾙﾊﾟｰ２級）	５名 名 名 1名	名 名 １名 ２名	身体介護・生活援助
研修受講者	０名	０名	訪問型サービスＡ対象の生活援助のみ
計	１０名	３名	

４．営業日

営 業 日	月曜日～土曜日（日祝日、年末年始１２月３０日～１月３日までを除く）
営業時間	平日８時３０分～１７時００分、土曜８時３０分～１２時３０分

ただし、利用者の希望により営業日時間外のサービス提供も可能です。

５．提供サービス

（１）身体介護
・食事介助
・排泄介助
・衣類着脱の介助
・入浴、身体の清拭、洗髪の介助
・通院等の介助
・その他必要な介護

（２）生活援助
・調理
・衣類の洗濯、補修
・住居棟の掃除、整理整頓
・生活必需品の買い物
・関係機関との連絡
・その他必要な家事

（３）相談及び助言
・生活、身上、介護に関する相談、助言
・住宅改良に関する相談、助言
・その他必要な相談、助言

◎第一号訪問事業については、身体介護を含むサービスは『訪問型独自サービス』。生活援助のみのサービスは『訪問型サービスＡ』の利用となります。

６．利用料

地域単価（秋田市）	１単位　１０円
時間別単価	サービス内容説明書に記載

７．事故発生時の対応

① 利用者へのサービス提供時等に事故が発生した場合には、市町村、当該利用者の家族及び当該利用者に係る事業者等に連絡を行うとともに、速やかに必要な処置を講じます。

② 本法人は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

８．苦情申立窓口

ご 相 談 窓 口	窓口担当者　　金子　守
ご 利 用 時 間	平　　日　　午前９時～午後５時
ご 利 用 方 法	電　　話　　０１８（８７３）７１５８ 面　　接　　ニコニコヘルパーセンター相談室

○処理手順

① 利用者の状況を詳細に把握する。
② 窓口担当者は、把握した状況を管理者及び職員とともに検討し、対応を決定する。
③ 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行う。
④ 利用者へは、対応方法を含めた結果報告を必ず行う。
＊ 時間を要する内容であれば、その旨を翌日までに連絡する。
＊ 当事業所以外に、下記の相談室・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

・秋田県健康福祉部長寿社会課　　電　話　０１８（８６０）１３６１
・秋田市福祉保健部介護保険課　　電　話　０１８（８８８）５６７４
・秋田市福祉保健部長寿福祉課　　電　話　０１８（８８８）５６６８
・秋田県国民健康保険団体連合会　　電　話　０１８（８８３）１５５０
・潟上市福祉保健部健康長寿課　　電　話　０１８（８５３）５３２３

令和　　年　　月　　日

□ 事業者

訪問介護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

事業者　　所在地　秋田市下新城中野字琵琶沼１２４－１

名　称　医療法人 久幸会

ニコニコヘルパーセンター　　印

説明者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

□ 利用者

私は、訪問介護サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者　　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

＜代理人＞　　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

本人との関係 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿