

ふれあいサービス（介護保険外自費サービス）

重要事項説明書

1 ふれあいサービスの内容

- (1) ふれあいサービスとは、学研ココファンがお客様の日常生活上のご要望に総合的に応えるサービスです。なお、介護保険のサービスを併用される方は下記のことをご了承ください。
- ・「ふれあいサービス」は法定代理受領サービスではありませんので、介護保険の給付対象にはなりません。したがって、提供したふれあいサービスを介護保険対象のサービスに振り替えることはできません。
 - ・「ふれあいサービス」が介護支援専門員の居宅サービス計画に計画されている場合は、ふれあいサービスの提供にあたり、介護支援専門員および保険医療サービスまたは福祉サービスを提供するものと密接な連携に努めます。
- (2) 学研ココファンは、指定の時間において、介護保険の適用とならない日常的な家事代行や外出時の見守り、身体的な介助などを行います。サービス内容はご利用者とのお打ち合わせにより、必要に応じて「ふれあいサービス計画書」を作成し、予め同意いただいたサービス内容を提供します。ただし専門的、あるいは高度な知識・技術を必要とするサービスは行えませんのでご了承ください。

※サービス内容例

- ① 掃除 ② 洗濯 ③ ベッドメイク ④ 調理 ⑤ 配膳・下膳
⑥ 買い物 ⑦ 薬の受け取り ⑧ 入院中のケア（入退院の準備） ⑨ 通院時の病院内での見守り等 ⑩ 外出時の付き添い ⑪ その他お客様からご要望のあった日常生活の支援

- (3) サービス提供にあたっては予め同意いただいた内容に応じて提供します。「ふれあいサービス計画書」がある場合には計画にそって提供します。
- ※予め同意・承諾をいただいていない内容、および「ふれあいサービス計画書」に位置づけていないサービスについては提供できません。

2 サービス提供の記録

- (1) ヘルパーの訪問、退室の管理のため、ご自宅内の持ち出しができないところに「ICタグ」を貼付します。
- (2) サービス提供記録は、電子データとして記録し、当事業所で保管します。ご希望の場合、メールでの配信または事業所より印刷してお渡しするなど対応します。

3 サービス提供責任者

サービス提供にあたっての責任者は次の通りです。なお、サービスについてご相談やご不満がある場合には、どんなことでもお寄せ下さい。

氏名 : _____

連絡先 : _____

4 料金

(1) サービス料金

【通常料金】

| | 1 時間 (税込) | 30 分 (税込) | 10 分 (税込) |
|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 身体介護 | 3,740 円 | 1,870 円 | 624 円 |
| 生活援助 | 2,640 円 | 1,320 円 | 440 円 |
| 通院 待ち時間対応 | 1,980 円 | 990 円 | |

※身体介護・生活援助ともに90分を超えた場合、30分単位のサービス利用で
お願いいたします。

【割増料金】

下記の時刻内に開始したサービスに対し、規定の割増料金がかかります。

※開始時刻が基準となりますのでご注意ください。

- ・早朝（午前6時 ～ 午前8時） 25%増
- ・夜間（午後6時 ～ 午後10時） 25%増
- ・深夜（午後10時 ～ 午前6時） 50%増

※ 料金設定の基本となる時間は、実際のサービス時間ではなく、「ふれあいサービス計画書」
に定められた時間を基準とします。

※ ご利用者の同意を得て、2人で訪問した場合は2人分の料金がかかります。

【通院サポート】

サービス付き高齢者住宅併設クリニック通院サポート（行き帰り付添）

| | 1 回あたり (往復・時間問わず) |
|--------|----------------------|
| 通院サポート | 990 円 |

(2) 交通費

事業所からご利用者宅まで往復して公共交通機関を利用した場合、最低料金額をお支払いいただきます。

(3) お支払い方法

【口座自動引き落とし】

当月1日から末日までの合計額を、翌月の27日（27日が土日祝日の場合は27日以降の第一営業日）にご利用者の口座から自動引き落としをいたします。引き落としの手数料はココファンが負担いたします。

口座引き落としの手続き完了まで2ヶ月程度要する場合があります。その場合、手続き完了までは郵便振込みでのお支払いとなりますのでご了承ください。

5 キャンセルについて

- (1) サービスの利用を休止する際には、すみやかに前記のサービス提供責任者までご連絡ください。
- (2) ご利用者の都合で単発的にサービスを中止する場合には、サービス利用の前営業日の18時までにご連絡ください（前営業日の18時以降のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますのでご了承ください）。

| 時 期 | キャンセル料 |
|--|--------|
| サービスご利用予定日の前営業日・営業時間までにキャンセルのご連絡 | 無料 |
| サービスご利用日の前営業日・営業時間以降のキャンセル (もしくは連絡の無いキャンセル) | 787円 |

6 賠償責任

学研ココファンは、サービスの提供にともなって、学研ココファンの責めに帰すべき事由により、ご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、適正な賠償義務の履行を誠実にを行います。

ただし、サービス提供時（外出介助含む）にヘルパーの身体能力では防ぎきれない下記のような場合に対しては、賠償の範囲に含まれないことがあります。

- (1) ご利用者の失踪・徘徊・第三者への危害（人身傷害と物損害を含む）、自傷、物損（所有者に関わらず）など
- (2) ご利用者の体調の急変や医療機器の不具合などの不可抗力または不測の事態による損害
- (3) ペットの失踪、ペットによる第三者への危害（人身障害と物損害を含む）
- (4) ご利用者のサービス中に注意すべき点について、ご利用者から学研ココファンへの事前の情報提供が不十分で、予測困難な損害

7 学研ココファン武蔵野八幡町ヘルパーセンターの概要

(1) 事業所概要、サービス提供地域

| | |
|-------------|-----------------------|
| 事業所名 | 学研ココファン武蔵野八幡町ヘルパーセンター |
| 所在地 | 東京都武蔵野市八幡町 1-2-6 |
| サービスを提供する地域 | 武蔵野市 |

(2) 事業所の職員体制

| | 資格 | 常勤 | 非常勤 | 計 |
|-----------|-------|----|-----|---|
| 管理者 | 介護福祉士 | 名 | | 名 |
| サービス提供責任者 | 介護福祉士 | 名 | | 名 |
| | | | | 名 |
| 訪問介護員 | 介護福祉士 | 名 | 名 | 名 |
| | 2級修了者 | 名 | 名 | 名 |

(令和 年 月現在)

(3) 事業所の営業日（お問い合わせ受付日）・営業時間（お問い合わせ受付時間）

営業日 : 月～金（但し、国民の休日と12月30日～1月3日までは休日とします）

営業時間 : 9時00分 ～ 18時00分

8 学研ココファンの概要

| | |
|------------|---|
| 名称 ・ 法人種別 | 株式会社 学研ココファン |
| 代表者役職 ・ 氏名 | 代表取締役 森 猛 |
| 本社所在地 | 〒141-8420 品川区西五反田二丁目 11 番 8 号 |
| 電話番号 | 電話 03-6431-1860（代表） |
| 設立年月日 | 平成 20 年 5 月 15 日 ※持ち株会社制へ移行による会社分割にて設立 旧 学研ココファン（現学研ココファンホールディングス）は平成 16 年 7 月 20 日設立 |
| 資本金 | 9千万円 |
| 主な事業内容 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 指定居宅サービス事業（訪問介護、居宅介護支援、通所介護、短期入所生活介護、その他） ・ サービス付き高齢者向け住宅の企画、開発、運営 ・ フランチャイズ事業 ・ 不動産賃貸に関する事業 ・ その他付帯する一切の事業 ・ 介護保険法による介護予防サービス事業 ・ その他これに付随する業務 |

9 その他の確認事項

| 事 項 | 有無 | 備 考 |
|-----------|----|--------------------|
| ヘルパー変更の可否 | 有 | 変更を希望される方はお申し出ください |
| 男性ヘルパーの有無 | 有 | 男性ヘルパーも在籍しております |
| 従業員研修の実施 | 有 | 月 1 回研修を実施しております |
| サービスマニュアル | 有 | |

10 サービス内容に関する苦情受付先

サービスに関する苦情や、ご不明な点は下記までお問い合わせください。

【お客様相談 ・ 苦情担当】

学研ココファン武蔵野八幡町ヘルパーセンター

担当 _____ 電話 _____

令和 年 月 日

ふれあいサービス（介護保険外自費サービス）の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づき重要な事項について説明しました。

<事業者>

(株)学研ココファン

学研ココファン武蔵野八幡町ヘルパーセンター

説明者 _____ 印

私は、契約書および本書面により、事業者からふれあいサービス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

<代理人>

住所 _____

氏名 _____ 印