

介護予防・日常生活支援総合事業
第1号訪問事業（訪問型サービスA4）契約書別紙（重要事項説明書②）

あなた（利用者）に対するサービス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. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人桑の実園福祉会
主たる事務所の所在地	〒679-4003 兵庫県たつの市揖西町小神字塚原1551番地
代表者（職名・氏名）	理事長 徳永 憲威
設 立 年 月 日	昭和63年11月 1日
電 話 番 号	0791-66-1360

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	東池袋桑の実園ヘルパーステーション		
サービスの種類	第1号訪問事業（訪問型サービスA4）		
事業所の所在地	〒170-0013 東京都豊島区東池袋5-39-18		
電話番号	03-5810-3100		
指定年月日・事業所番号	令和 6年 8月 1日指定	13A1600959	
管理者の氏名	三浦 勝敏		
通常の事業の実施地域	豊島区		
第三者評価の実施の有無	有 ・ 無	実施した直近の年月日	年 月 日
実施した評価機関の名称		評価結果の開示状況	有 ・ 無

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	社会福祉法人桑の実園福祉会が開設する東池袋桑の実園ヘルパーステーション（以下「事業所」という。）が行う介護予防・日常生活支援総合事業における指定第1号訪問事業（訪問型サービス）（以下「訪問型サービスA4」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要支援状態にある高齢者に対し適正な訪問型サービスを提供することを目的とする。
-------	---

運営の方針	1 訪問型サービス A 4 は、利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持若しくは改善を図り、又は要介護状態となることを予防し、自立した生活を営むことができるよう入浴、排せつ、食事の介護その他生活全般にわたる支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとする。 2 事業の実施にあたっては、関係区市町村、地域包括支援センター、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。 3 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとする。
-------	---

4. 提供するサービスの内容

第 1 号訪問事業（総合事業訪問介護 A 4）は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排せつや食事等の介助、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世話をを行うサービスです。

具体的には、サービスの内容により、以下の区分に分けられます。

身体介護	利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能や意欲を高めるために利用者と共に行う援助や専門的な援助を行います。 例）起床介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭（せいしき）、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助、自立生活支援・重度化防止のための見守りの援助（日常生活を営む機能を高める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など）など
生活援助	家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。 例）調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日（祝日を含む） ただし、12月31日から1月3日までを除く。
営業時間	午前9時00分から午後6時00分まで ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、24時間対応可能な体制を整えるものとします。

6. 事業所の職員体制

職種	職務内容	配置数
管理者	従事者・業務の一元管理、従事者に対する指揮命令	常勤1名
訪問事業責任者	利用申込み調整、利用者の状態の変化やサービスに関する意向の把握、訪問介護員への利用者情報の伝達および業務指導、サービス担当者会議への出席等。また、その他サービス内容の管理について必要な業務	常勤専従1名以上
訪問介護員	訪問型サービスの提供	常勤換算2.5以上

7. 管理者及びサービス提供責任者

事業所の管理者及びサービス提供責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理者	三浦 勝敏
訪問事業責任者	春山 麗

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は別紙利用表のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に記載のとおり基本利用料の1割又は2割又は3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。なお、利用者負担金額は目安の金額であり、円未満の端数処理等により多少の誤差が生じることがあります。

また、別紙基本利用料は、豊島区介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業支給費の額等を定める要領で定める金額であり、その金額が改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(1) その他の費用

交通費	通常の事業の実施地域以外の地域の居宅においてサービスを提供する場合に係る費用として、通常の事業の実施地域を越えた地点から、20円/kmをいただきます。
-----	---

（２）キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	支払い要件等
利用予定日の１２時間前	不 要
利用予定日の１２時間前までにご連絡がない場合	１提供当たりの料金の １０％を請求いたします

（３）支払い方法

上記（１）及び（２）の利用料（利用者負担分の金額）は、１ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、翌月１０日に郵送いたします。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の２７日（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の２７日（祝休日の場合は直後の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。
現金払い	原則として現金ではお支払いを受付けておりませんのでご了承ください。

９．緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 （家族等）	氏名（利用者との続柄） 電話番号	

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター（又は介護支援専門員）及び豊島区等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 高齢者虐待の防止について

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため以下の措置を講じます。また、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者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利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

- （１）虐待防止のための対策を検討する委員会の開催と従業者への委員会結果周知
- （２）虐待防止のための指針の整備
- （３）虐待を防止するための研修の実施
- （４）上記の虐待防止措置を適切に実施するための担当者の設置

12. 苦情相談窓口

- （１） サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	所在地	豊島区東池袋5丁目39番18
	TEL	03-5810-3100
	FAX	03-5928-1361
	受付時間	月曜日～土曜日
		（12月31日から1月3日を除く）
		9:00～18:00
	苦情受付担当者	春山 麗
	苦情解決責任者	三浦 勝敏

- （２） サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	【区市町村の窓口】	
	豊島区保健福祉部介護保険課	TEL
	相談グループ	03-3981-1318
	豊島区南池袋2-45-1	FAX
	受付時間 9:00～17:00	03-3981-6208
	【公的団体の窓口】	TEL
	東京都国民健康保険団体連合会	03-6238-0177
	千代田区飯田橋3-5-1	FAX
	東京区政会館11F	03-6238-0022

1 3. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。
 - ① 医療行為及び医療補助行為
 - ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
 - ③ 他の家族の方に対する食事の準備 など
- (2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は介護支援専門員、又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 兵庫県たつの市揖西町小神字塚原 1551 番地

事業者名 社会福祉法人桑の実園福祉会

代表者職名 理事長 徳永 憲威

説明者職・氏名 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

署名代行者（又は法定代理人）

住 所 _____

本人との続柄（ ）

氏 名 _____ 印

立 会 人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

