

# 指定訪問介護等重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、東京都条例および品川区介護予防・日常生活支援事業実施要綱の規定に基づき、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	社会福祉法人春光福祉会
主たる事務所の所在地	〒140-0015 品川区西大井2丁目4番4号
代表者（職名・氏名）	理事長 大和田 政弘
設立年月日	平成11年3月30日
電話番号	03-5743-6111

## 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	品川区ヘルパーステーション西大井	
サービスの種類	訪問介護 品川区介護予防・日常生活支援総合事業	
事業所の所在地	〒140-0015 品川区西大井2丁目4番4号	
電話番号	03-5718-8380	
指定年月日・事業所番号	平成13年5月1日指定	1370901249
管理者の氏名	鈴木 隆敏	
通常の事業の実施地域	品川区	

## 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護または要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保および向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービスまたは品川区介護予防・日常生活支援総合事業による訪問型サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令およびこの契約の定めに基づき、関係する区市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

## 4. 提供するサービスの内容

訪問介護または介護予防・日常生活支援総合事業による訪問型サービスは、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。

① 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を高めるためのもの、自立生活支援のための見守りの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、入浴や更衣等の見守り、移動時の転倒予防等の見守りや声掛け、生活歴の喚起を促す家事を一緒に行うものなど
② 生活援助	ひとり暮らしの方や、同居家族が病気などで自ら家事を行うことが困難な場合に、必要な家事援助を行います。 例) 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など

## 5. 営業日時および実施地域

営業日	日曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月29日から1月3日）を除きます
営業時間	6時00分から22時00分まで
実施地域	通常の事業の実施地域は品川区の区域

## 6. 事業所の職員体制

職 種	資 格	常勤	備 考
管理者	介護福祉士	1名	
サービス提供責任者	介護福祉士	1名以上	
訪問介護員等	介護福祉士 ヘルパー2級 初任者研修	3名以上	常勤換算による

## 7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の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。

サービス提供責任者の氏名	鈴木隆敏 高橋尚子 中島夕貴
--------------	----------------

## 8. 第三者評価の実施状況

利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況			
アンケート調査等、利用者の意見を把握する取り組み	なし		
東京都福祉サービス第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし
その他機関による第三者評価の実施	なし	結果の公表	なし

## 9. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、介護保険利用者負担の割合に応じて基本利用料の1割または2割または3割となります。ただし、介護保険給付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。

利用料金の詳細は、別紙「サービス利用料金表」をご参照下さい。

### (1) 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。品川区総合事業は利用料が月単位の定額制のためキャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
ご利用の12時間前までにご連絡いただいた場合	利用者負担金の50%の額
ご利用の12時間前までにご連絡がなかった場合	利用者負担金の100%の額

(注) 利用予定日の前日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

### (2) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、サービス提供月の翌月28日営業日に預金口座振替依頼書に基づきあなたの指定した金融機関の預金口座から口座振替の方法によりお支払いください。但し、口座振替が行えなかった場合は振り込みにてお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、お支払いの確認が出来ましたら翌月の請求書と共にお渡しします。

## 10. 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、速やかに主治医および家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

### 11. 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、担当の介護支援専門員（または地域包括支援センター）および区市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

### 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	電話番号 03-5718-8380 面接場所 当事業所の相談室
---------	------------------------------------

(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	品川区高齢者福祉課支援調整係	電話番号 03-5742-6728
	東京都介護保険相談窓口	電話番号 03-5320-4597
	東京都国民健康保険団体連合会	電話番号 03-6238-0177

### 13. 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 医療行為および医療補助行為
- 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介護支援専門員（または地域包括支援センター）または当事業所の担当者へご連絡ください。

### 14. 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境および利用者の特性に応じて、事象別の非常災害に関する具体的計画として災害時対応マニュアルを策定しております。

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 〒140-0015 品川区西大井 2-4-4

事業者（法人）名 社会福祉法人 春光福祉会

代表者職・氏名 理事長 大和田 政弘

説明者職・氏名 管理者 鈴木 隆敏

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（または法定代理人）

住所

本人との続柄

氏名

印