

自立支援訪問サービス 重要事項説明書

< 2025年 4月1日 現在 >

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

訪問事業責任者

氏名 南城 真由美

電話 0537-86-8777 (8:30~17:00)

2. 東海清風園ヘルパーステーションの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	東海清風園ヘルパーステーション
所在地	静岡県御前崎市池新田4089
介護予防・日常生活支援事業所総合事業 指定番号	静岡県 2276100118
サービスを提供する地域	御前崎市

(2) 同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者		1名		1名
訪問事業責任者	介護福祉士	1名(兼務)		1名
従事者	介護福祉士	1名	8名	9名
	1～2級修了者		1名	1名

(3) 営業日と営業時間

月曜日 ～ 土曜日 8:30 ～ 17:00

サービス提供日と提供時間

月曜日 ～ 土曜日 8:30 ～ 17:00

但し12月30日～1月3日まで休業

3. 自立支援訪問サービスの内容

提供するサービスの内容は下記のとおりです。

(1) 自立支援訪問サービスⅠ（身体援助型）

- ・服薬の確認、援助
- ・体調の確認
- ・掃除の意欲への促し援助
- ・買い物代行等

4. 利用料

お支払いいただく料金の単価は下記のとおりです。

自立支援訪問サービスⅠ基本料金 自己負担1割の料金

身体援助型	提供時間 ： 45～60分	200円／回
-------	-------------------	--------

キャンセル規定

ご利用者、ご家族から事前に連絡をいただかず、ヘルパーが当日訪問した時点でご利用がないとわかった場合、キャンセル料をいただきます。 キャンセル料 500円

その他

ご利用者のお住まいで、サービスを提供するために使用する水道・ガス・電気等の費用は利用者のご負担になります。

5. 料金の支払方法

原則として銀行口座引き落としの方法でお支払いいただきます。毎月、中旬に前月分の請求をいたします。27日（銀行休業の場合は翌営業日）に銀行口座引き落としでお支払いいただきます。その他、お支払方法はご相談に応じます。

6. サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

- ・自立支援訪問サービス契約の締結により開始となります。

（2）サービスの終了

①ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までにお申し出下さい。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・利用者が要介護認定で要介護と認定された場合または、一般介護予防事業の対象者と判定された場合。
- ・利用者が死亡した場合

④その他

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、ご利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・ご利用者が、サービス利用料金の支払を3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告した

にもかかわらず30日以内に支払わない場合、またはご利用者やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従事者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

7. 当事業所の自立支援訪問サービスの特徴等

(1) 運営の方針

利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じた自立を支援し、生活の向上に向けた意欲を高めるような働きかけを行なうと共に、利用者の自立の可能性を最大限に引き出す支援サービスを行います。

8. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化、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なう等必要な措置を講じます。

主治医	主治医氏名	
	電話番号	
第1 緊急連絡先	氏名	続柄 ()
	電話番号	
第2 緊急連絡先	氏名	続柄 ()
	電話番号	

9. 事故発生時の対応

- ・サービス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、地域包括支援センター（介護支援専門員）及び市町村等へ連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。
- ・サービス提供に伴って事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合にはその損害を賠償します。

10. 苦情等のご相談について

東海清風園ヘルパーステーションでは自立支援訪問サービスをご利用の皆様またはその家族からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、サービスに関する要望、苦情等に対し迅速に対応します。承りました相談、苦情等につきましては、必要に応じて本会が委嘱する第三者機関に報告しご利用の皆様の立場にたった公正な解決に努めます。

(1) ご相談窓口

本会の経営または受託する各施設・事業所に設置するほか法人事務局でも窓口を設け苦情等

の相談を受け付けています。またインターネットを利用して本会のホームページでも受け付けています。

① 当事業所相談・苦情担当

責任者 東海清風園施設長 生井 知三
担当者 管理者 生井 知三
訪問事業責任者 南城 真由美

連絡先 〒437-1612 御前崎市池新田 4089 東海清風園ヘルパーステーション
電話 0537-86-8777 ファックス 0537-86-6797
電子メール http://www.san-ikukai.or.jp/tokai/tokai_seihuen/

② 法人相談窓口

担当者 法人事務局総務課長
連絡先 〒130-0012 東京都墨田区太平3-17-8 社会福祉法人 賛育会
電話 03-3622-7614 ファックス 03-3829-2302
電子メール soudan@san-ikukai.or.jp
ホームページ <http://www.san-ikukai.or.jp/>

③ その他の窓口

市町名	課名	電話番号	FAX 番号
御前崎市	高齢者支援課	0537-85-1118	0537-85-1142

静岡県国民健康保険団体連合会苦情受付窓口	054-253-5590
----------------------	--------------

(2) 苦情対応のための第三者機関について

本会ではご利用の皆様の立場にたった公正な解決を図るため苦情対応のための委員会を第三者に委嘱しています。本会が経営または受託する施設の地域に在住する有識者の方々と本会の監事ら7名で構成されています。

(3) 苦情対応委員会の構成員

柴田 光昭氏 (元賛育会理事・職員 特定非営利活動法人共働学舎 ぶどうの会)
阿形 操氏 (前御前崎市民生委員・児童委員 御前崎市地域医療を育む会 代表)
柴田 和子氏 (墨田区保護司会吾嬬西分長)
坂野 修一氏 (特定非営利活動法人 町田フレンズサポート 事務局長)
坂根 慶子氏 (すみだ共生社会推進センター運営委員
すみだ共生社会推進センター協力委員)
田宮 一茂氏 (社会福祉法人ベタニヤホーム 法人事務長)
齊藤 希世氏 (東京 YMCA 教育・保育事業部統括)

1 1. 第三者評価の受審状況 なし

1 2. 当事業所の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 賛育会

代表者役職・氏名 理事長 平野 昭宏

法人所在地・電話番号 墨田区太平三丁目 1 7 番 8 号 電話 03-3622-7614

東海事業所の事業の概要

特別養護老人ホーム 東海清風園 1 7 0 床

相良清風園 5 0 床

短期入所 東海清風園 (併設型) 8 床 (空床型) 5 床

相良清風園 (併設型) 2 0 床

東海診療所

池新田デイサービスセンター

自立支援通所サービス ひだまり

佐倉デイサービスセンター

はぎまデイサービスセンター

在宅介護支援センター

東海清風園ヘルパーステーション

東海清風園居宅介護支援事業所

東海清風園ひだまり支援センター

相良清風園居宅介護支援事業所 たんぽぽ

相良清風園ヘルパーステーション たんぽぽ

確 認 書

年 月 日

自立支援訪問サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者 〔事業者名〕 社会福祉法人賛育会
東海清風園ヘルパーステーション
〔所在地〕 静岡県御前崎市池新田 4 0 8 9
〔代表者名〕 生井 知三 印
〔説明者〕 印

私は、契約書および本書面により、事業者から自立支援訪問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

(代筆者: _____)

家族代表者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(利用者本人との関係: _____)

代理人 (成年後見人及び委任状による受任者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(利用者本人との関係: _____)

別記、「当事業所における個人情報の利用目的」の内容を理解し、私及びは家族の個人情報をใช้ในการことに同意します。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代筆者: _____)

家族代表者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(利用者本人との関係： _____)

代理人（成年後見人及び委任状による受任者）

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(利用者本人との関係： _____)

(別記) 当事業所における個人情報の利用目的

○ サービス提供のため

- ・ 当事業所での介護サービスの提供
- ・ 利用者様にサービスを提供する他の居宅介護サービス事業者や居宅介護支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
- ・ 利用者様が受診する医療機関からの照会への回答
- ・ 給食等業務委託
- ・ ご家族等への心身の状況説明

○ 介護保険請求事務等のため

- ・ 当事業所での介護保険の事務及びその委託
- ・ 審査支払い機関へのレセプトの提出
- ・ 審査支払い機関又は保険者からの照会への回答

○ 当事業所の管理運營業務のため

- ・ 利用者様の入退所等の管理
- ・ 会計、経理
- ・ 介護事故等の報告
- ・ 利用者様の介護サービスの向上
- ・ その他、当事業所の管理運營業務に関する利用

○ 事業所賠償保険等にかかる保険会社等への相談又は届け出等のため

○ 介護サービスや業務の維持・改善の為の基礎資料のため

○ 介護サービス向上を目的とした当施設内でのケース研究のため

○ 当事業所において行なわれる学生等の介護実習への協力のため

○ 外部監査機関への情報提供のため

- ・ 上記の内、他機関への情報提供について同意しがたいものがある場合には、その旨お申し出ください。
- ・ お申し出がないものについては、同意いただけたものとして取り扱わせていただきます。
- ・ これらのお申し出はいつでも撤回、変更等を行うことが可能です。

以上