

# 「愛老園」総合事業介護予防訪問型サービス重要事項説明書

＜ 令和6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

電話 0270-23-2277 FAX 0270-23-2092  
 担当 土屋 早希子 (午前8時30分から午後5時30分まで)  
 \* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

## 2. 愛老園ホーム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	特別養護老人ホーム愛老園
所在地	群馬県伊勢崎市太田町686
介護保険指定番号	1070400047 (介護予防訪問介護)
サービスを提供する地域	伊勢崎市にお住まいの方 *

\*上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

### (2) 同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	社会福祉主事 社会福祉施設士	1名(1)	名( )	職員を監督し、事業所の運営管理に 当たる(兼務)	1名(1)
サービス 提供 責任者	介護福祉士	2名( )	名( )	利用者・職員の調整並びに介護技術 を持って介護及び相談業務にあたる (兼務)	2名( )
事務職員	簿記検定 2級、3級	2名(1)	名( )	事業所の庶務及び経理の事務にあ たる(兼務)	2名(1)
従事者	介護福祉士 1、2級修了者	1名( )	2名( )	介護技術を持って介護並びに相談業 務にあたる(兼務)	3名( )
		名( )	1名( )		1名( )

( ) 内は男性再掲

### (3) サービスの提供時間帯

	通常時間帯 8:00~18:00	早朝 7:00~8:00	夜間 18:00~22:00	深夜 22:00~6:00
月曜～土曜	○	○	○ ※土曜は20:00まで	×
祭日	○	○	○	×
日曜	8:30~17:30	×	×	×
	○			

※1月1～3日は休業になります。

### (1) 身体介護

- ・食事介助 寝食分離を実施し、誤嚥をさける状態で食事をしていただきます。
- ・入浴介助 血行を良くし、筋肉をほぐし、リラックスした気分になっていただけます。
- ・排泄介助 個々の利用者に適した排泄方法(トイレ、ポータブル、尿器等)を選び、適切な介護をいたします。
- ・清拭 皮膚の汚れを取り除き、マッサージ効果・血行を良くします。
- ・体位変換 血液循環を良くし、肺や筋力を活性化します。

### (2) 生活援助

- ・買物 利用者の必要に応じ実施いたします。
- ・調理 利用者の身体の状態に合った食事を提供いたします。
- ・掃除 整理整頓や清掃をすることで、住みやすく清潔にいたします。
- ・洗濯 家庭の洗濯機を利用し、洗うものを傷つけたりせず大切にいたします。

### (3) その他のサービス

- ・介護相談 介護や心の悩み等の相談をお受けいたします。

## 4. 利用料金

### (1) 利用料

※別紙【料金表】に定めるとおりです。

### (2) 交通費

伊勢崎市にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、交通費の実費が必要になる場合があります。

- (3) キャンセル料  
 急なキャンセルの場合は、下記の料金を頂くことがあります。キャンセルが必要になった場合は、至急ご連絡ください。(連絡先；0270-23-2277)

ご利用当日の8時30分までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用当日の8時30分までにご連絡がなかった場合	208円

(4) その他

- ① 利用者の住まいで、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。
- ② 料金のお支払方法  
 当月分の請求書を翌月15日までに発行いたしますので、翌月末日までにお支払い下さい。お支払いいただきますと、領収証を発行します。  
**お支払方法は、銀行振込、窓口支払の2通りの中からご契約の際に選べます。**

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

お電話等でお申込みください。当事業所職員がお伺いいたします。訪問介護計画作成と同時に契約を結び、サービス提供を開始します。 ※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

- ① 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週間前までに文書でお申し出下さい。
- 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、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
  - ・利用者の要介護認定区分が要介護状態または非該当と認定された場合  
※この場合、再度、要支援状態となり利用者が希望した場合には、本契約を自動的に更新するものとします。
  - ・利用者がお亡くなりになった場合
- ④ その他
- ・当事業所が正当な理由なくサービス提供しない場合、守秘義務に反した場合、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、又は当事業所が破産した場合、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。
  - ・利用者が、サービス利用料金の支払を2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10日以内に支払わない場合、又は利用者やご家族などが業所や当事業所の従業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。

6. 当事業所の訪問介護サービスの特徴等

(1) 運営の方針

要介護状態となった場合においても、その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、入浴・排泄・食事の介護、その他の生活全般にわたる援助を行う。

(2) サービス利用のために

事項	有無	備考
ホームヘルパーの変更の可否	○	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	×	男性ヘルパーが必要なときには、随時対応いたします
職員への研修の実施	○	月1回以上研修を実施しています
サービスマニュアルの作成	○	

7. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

緊急時 連絡先 ①	氏名		続柄	
	住所		電話番号	
緊急時 連絡先 ②	氏名		続柄	
	住所		電話番号	

主治医	病院又は 診療所名		医師名	
	住所		電話番号	

8. サービス内容に関する苦情

① 当事業所相談・苦情担当

担当 施設長または サービス提供責任者 電話 0270-23-2277  
FAX 0270-23-2092

② その他

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口又は第三者で組織しているチェック機関「愛老園サービスチェック委員会」に苦情を伝えることができます。

- ・ 市町村名 伊勢崎市 電話 0270-24-5111
- ・ サービスチェック委員会  
委員長 関口恵美 住所 前橋市若宮町2-12-20  
電話 027-235-6893
- ・ 国保連合会の苦情・相談窓口 電話 027-290-1323

9. 当法人の概要

- ・ 名称・法人種別 社会福祉法人三友会 ・ 設立年月日 昭和59年9月19日
- ・ 代表者役職・氏名 理事長 羽鳥 守 ・ 本事業所在地 群馬県伊勢崎市太田町686  
電話番号 0270-23-2277

定款の目的に定めた  
事業

1. 特別養護老人ホームの設置経営
2. 老人短期入所事業
3. 老人デイサービス事業
4. 老人訪問介護事業
5. 老人介護支援センター
6. 老人居宅介護等事業
7. 配食サービス
8. 小規模多機能施設事業
9. 看護小規模多機能施設事業
10. 訪問看護事業

10. 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等

- (1) アンケート調査、意見箱等利用者（家族）の意見等を把握する取組…あり
- (2) 群馬県社会福祉協議会が実施するサービス第三者評価…なし
- (3) その他機関による第三者評価…なし

12. 感染症の予防及びまん延防止

感染症への予防及びまん延防止のため、対策を検討する委員会の開催や指針の整備、職員への研修・訓練を実施します。

13. 業務継続に向けた取組み

感染症や災害が発生した場合であっても、必要なサービスが継続的に提供できるよう、業務継続に向けた計画等の策定、職員への研修・訓練を実施します。

14. ハラスメント対策

事業所の適切なハラスメント対策を強化するため、男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策に関する責務を踏まえつつ、適切なハラスメント対策を行います。

15. 高齢者虐待防止の推進

利用者の人権の擁護、虐待の防止等を強化するため、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催や指針の整備、職員への研修を実施します。また、虐待防止のための担当者を設置します。

----- 契約をする場合は以下の確認をすること -----  
令和 年 月 日

訪問介護サービス提供開始にあたり、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、交付しました。

事業者	所在地	伊勢崎市太田町686
	名称	社会福祉法人 三友会
説明者	所属	愛老園ヘルパーステーション
	氏名	土屋 早希子

私は、契約書および本書面により、事業者から訪問介護についての重要事項の説明を受け同意し、重要事項説明書を受け取りました。

利用者	住所	_____
	氏名	_____
(代理人)	住所	_____
	氏名	_____ (続柄)