

**指定訪問介護、介護予防・日常生活支援総合事業
とよた苑ヘルパーステーション重要事項説明書**

令和 7 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	0 5 6 5-8 8-1 7 0 1	F A X	0 5 6 5-8 8-1 7 2 4
担 当	サービス提供責任者 ○○ ○○		

2 とよた苑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

事 業 所 名 称	とよた苑ヘルパーステーション
所 在 地	豊田市野見山町5丁目80番地1
介護保険指定番号	第2373000443号
実 施 地 域	豊田市（ただし、平成17年4月1日合併前の東加茂郡旭町、足助町、稲武町及び下山村並びに西加茂郡小原村及び藤岡町を除くものとする。）

(2) 同事業所の職員体制

管 理 者	1人（常勤）
サービス提供責任者	1人以上
訪 問 介 護 員 等	2.5人以上（常勤換算）

(3) 営業日、窓口対応時間及びサービス提供時間

営 業 日	月曜日から土曜日（ただし、12月29日から1月3日を除く。）
サービス提供時間	8時00分から18時00分
窓 口 対 応 時 間	8時45分から17時30分

※ 電話等により24時間連絡が可能な体制とする。

3 サービス内容

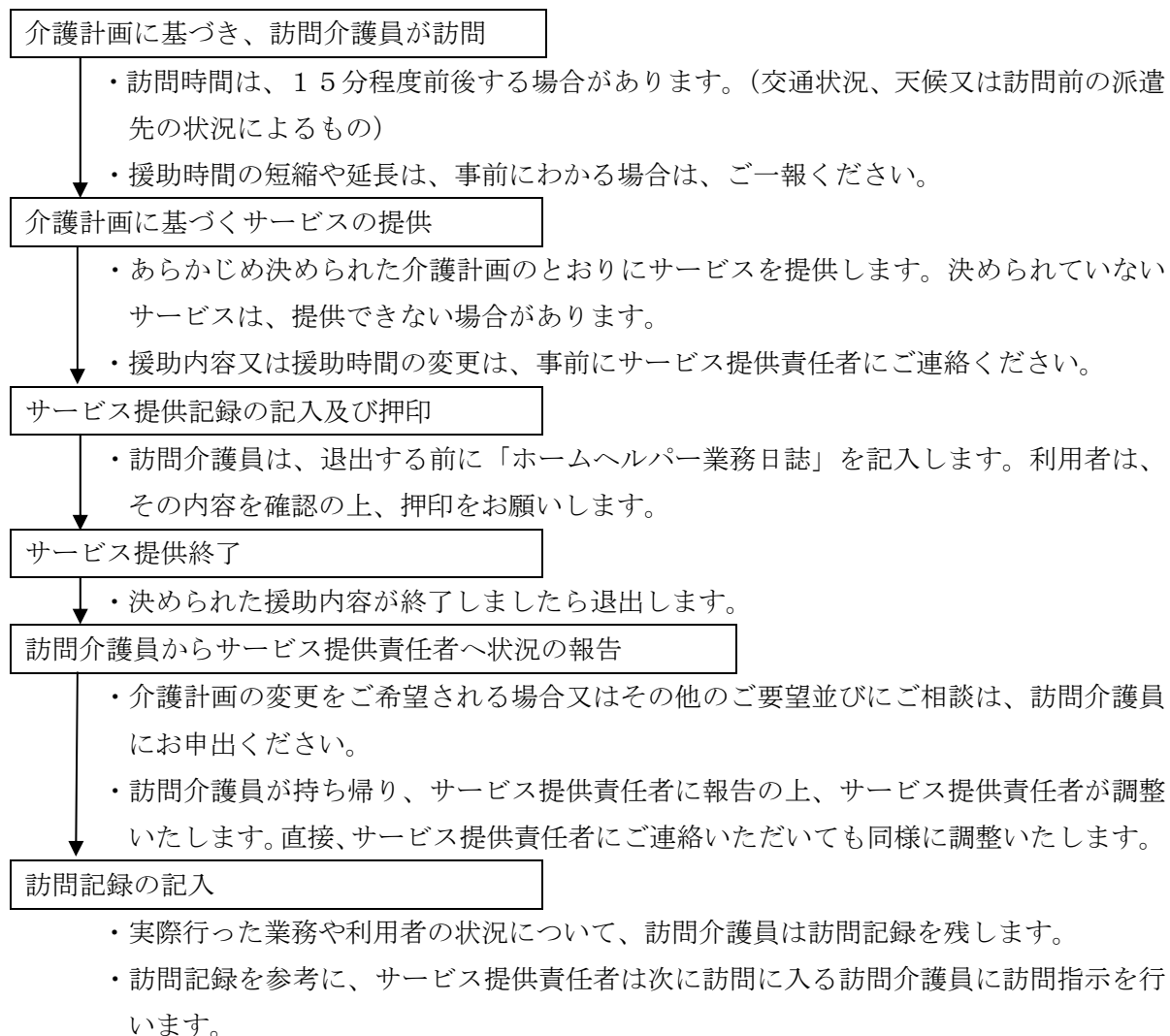
(1) 事業の目的

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、事業所の従業者が要介護・要支援状態にある者又は事業対象者に対し、適正な事業を提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

- ア 利用者の心身の特性を踏まえて、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、排せつ、食事の介護等、その他の生活全般にわたる援助を行います。
- イ 関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び地域の保健・医療・福祉サービス機関との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(3) サービス提供の流れ



※ 訪問介護員の稼働状況により臨時的に曜日変更や時間変更をお願いする場合があります。

(4) サービス提供内容

ア 介護保険適用サービス

種類		内容
生活援助	買い物	利用者の指示に基づく買い物、品物・領収書・おつりの確認と記録など
	調理	利用者に係わる調理と後片付けなど
	清掃	利用者の生活領域に係わる掃除やゴミ出しなど
	洗濯	利用者に直接係わるものの洗濯、乾燥、アイロンがけなど
	衣類整理	利用者の衣類に係わる整理、整頓やボタン付け、裁縫など
	その他	利用者の布団干し・布団入れ・布団敷・シーツ交換など

種類	内容	
身体介護	食事介助	配膳ができない方への配膳、食事姿勢確保等の摂食介助など
	入浴介助	手、足、洗髪等の部分浴、シャワー浴、浴槽内での入浴、着替えの介助など
	排せつ介助	おむつ交換、陰部の洗浄、しびんによる介助、ポータブルへの移乗、トイレの誘導など
	清しき・部分浴	全身、顔、手、足、上半身、下半身、陰部等の清拭、ドライシャンプーによる洗髪など
	体位変換	床ずれ防止のための寝返り、シーツ交換など
	外出介助	車いすや歩行困難な方の病院への送迎など
	身体整容	通常のかみ切り、耳掃除、髪の手入れ、歯磨きなど
	更衣介助	衣類の着替えなど
	見守りの援助	利用者と一緒に手助けしながら行う調理、掃除、入浴行為等の見守り、自立生活支援のための見守りの援助

イ 介護保険適用外サービス

生活援助・身体介護等の介護保険適用外サービスを実施しております（※要支援・要介護

※ 訪問介護員の稼働状況によってはお断りさせていただく場合もございます。

ウ 対応できないサービス

種類	内容
医療行為	傷、褥瘡の処置、浣腸、摘便、吸引、吸入、服薬管理、インシュリン注射、人工肛門の処置、バルンカテーテルの管理等
その他	金品の預かり、利用者が不在のサービス提供、散髪、かみそりでのひげそり、酒・タバコ及び薬の購入（対応する場合は、事前に医療機関等に確認を取らせていただきます。）等

(5) 訪問介護員に禁止していること

- ア 利用者との個人的な金品のやりとり、契約、連絡
- イ あらかじめ決められた援助内容以外のサービスの提供
- ウ 決められた時間以外での利用者宅への訪問
- エ 身体拘束又は利用者の行動を制限する行為（利用者若しくは第三者等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除きます。）
- オ 利用者又はその家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動又はその他の迷惑行為

4 介護保険証等の掲示のお願い

介護保険証等の必要書類の確認及び複写をさせていただく必要がありますので、必ずご掲示ください。

必用種類	介護保険証・負担割合証・社会福祉法人利用負担軽減確認証
提示をしていただくとき	初回利用時・必要書類が変更されたとき

5 利用料金について

(1) 利用料金

ア 自己負担額は合計単位数に地域区分単価を乗じて算定した額に、介護保険負担割合証に記載された割合を乗じた額となります。ただし、その月に利用した単位数を合算して計算しますので、実際の利用料には端数が発生します。

イ ご利用者が、まだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援または要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

ウ 介護保険の支給限度額を超えたサービス料金及び介護保険適用外サービスにつきましては、全額自己負担となります。

エ 介護予防サービスにつきましては、下記状況の場合は日割り計算となります。

- (ア) 要介護から要支援になった場合
- (イ) 要支援から要介護になった場合
- (ウ) 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
- (エ) 要支援度が月途中で変更になった場合
- (オ) 指定介護予防短期入所生活介護等を利用した場合

(2) サービス利用単位数（介護保険給付費）

ア 訪問介護

地域区分単価（3級地） 1単位：11.05円 介護度：要介護1から要介護5

【身体介護における訪問介護費（1回あたり）】

区分	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間以上30分未満	1時間30分以上 (30分増すごとに)
身体介護	163単位	244単位	387単位	567単位	82単位

【身体介護に引続き生活援助を行う場合の訪問介護費（1回あたり）】

区分	20分以上	45分以上	70分以上
生活援助	65単位	130単位	195単位

【生活援助における訪問介護費（1回あたり）】

区分	20分以上45分未満	45分以上
生活援助	179単位	220単位

【加算】

加算名	単位数	内容
初回加算	200単位	初回時、利用者が過去2月間に、当該事業所からサービスの提供を受けていない場合に加算します。要支援から要介護に変更となった場合も加算します。(初回利用月のみ)

夜間（午後 6 時から午後 10 時まで）	所定単位数 の 25%	居宅サービス計画又は訪問介護計画に訪問介護サービス開始時刻が位置付けされている場合加算します。
早朝（午前 6 時から午前 8 時まで）		
緊急時訪問介護加算	100 単位/回	利用者又はその家族からの要請を受け、サービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り、ケアプランにないサービスの提供をケアマネジャーが必要と認め、緊急に訪問介護サービスを行った場合加算します。
2 人の訪問介護員等による提供	所定単位数 の 100%	訪問介護員 1 名で援助を行うことが困難な場合、利用者の同意を得た上で、訪問介護員 2 名で提供したときに加算します。
特定事業所加算Ⅱ	所定単位数 の 10%	介護福祉士等の人材を確保し、質の高いサービスを提供するための体制を構築している事業所を評価する加算（介護福祉士 30%以上配置）
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数 の 24.5%	所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、当該加算は区分支給限度基準額の算定対象からは除外されます。

【減算】

減算名	単位数	内容
訪問介護同一建物減算 2	所定単位数 の-15%	事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する利用者の人数が 1 月あたり 50 人以上の場合、その利用者に対してサービス提供を行う場合減算します。

イ 介護予防訪問サービス

【介護予防訪問サービス費（1 か月あたり）】

豊田市 地域区分単価（3 級地）1 単位：11.05 円

区分	対象者	1 週間あたりの利用回数	単位数
予防訪問介護Ⅰ	要支援 1・2、事業対象者	1 回程度	1,176 単位
予防訪問介護Ⅱ	要支援 1・2、事業対象者	2 回程度	2,349 単位
予防訪問介護Ⅲ	要支援 2	3 回程度	3,727 単位

【加算】

加算名	単位数	内容
初回加算	200 単位	初回時、利用者が過去 2 月間に、当該事業所からサービスの提供を受けていない場合に加算します。要支援から要介護に変更となった場合も加算します。（初回利用月のみ）
訪問型独自サービス処遇改善加算Ⅰ	所定単位数 の 24.5%	所定単位数は、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数とし、当該加算は区分支給限度基準額の算定対象からは除外されます。

【減算】

減算名	単位数	内容
訪問型独自サービス同一建物減算 1	所定単位数 の-10%	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者 20 人以上にサービスを行う場合減算します。

(3) 介護保険の対象とならないサービス（1回あたり）

ア 交通費

種類		料金
介護保険適用	事業所の実施地域	無料
サービス利用者	事業所の実施地域を越えた地点から片道1kmあたり	25円

イ 複写物の交付

複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます（1枚10円）。

(4) 利用料金の変更について

介護給付費体系の変更があった場合、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、事業者は、利用者に対して事前の説明をしたうえで、当該サービスの利用料金を相当な額に変更することができます。

(5) 社会福祉法人による利用者負担軽減制度について

ア 老齢福祉年金の受給者や市民税が世帯非課税である方等で、生計の困難な方が対象になります。

イ 市町村社会福祉法人利用負担軽減確認証を提示された月から利用料負担の軽減をさせていただきます。また、有効期限を更新された場合は、必ず再度提示していただくようお願いいたします。

(6) 利用料金のお支払い方法について

3(4)イ、前記(2)、(3)の料金・費用は、原則としてサービス利用月の翌月26日に口座引き落としさせていただきます。

6 利用の中止、変更、追加

(1) 利用予定日の前に、利用者の都合により介護サービス利用を中止もしくは変更、又は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業所にお申し出ください。

(2) キャンセル料金

利用予定日の前日（8時45分から17時30分）までに申出がなく、当日に利用中止の申出をされた場合、下記のキャンセル料が発生します。ただし、利用者の体調不良等、正当な事由がある場合には、この限りではありません。

種類	料金
利用日の前日までに連絡をいただいた場合	無料
利用日の当日に連絡をいただいた場合	500円
利用日の当日に連絡をいただかなかった場合	1,000円

(3) 事業所の稼働状況により、利用者の希望される期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日を提案し、相談に応じます。

(4) 利用者の体調不良によってサービス提供が困難な場合には、主治医等と相談の上、利用の一時中止をお願いする場合があります。

(5) 自然災害や感染症等により、サービスの提供が困難な場合には、訪問時間や訪問日の変更、ご利用の一時中止をお願いする場合があります。

7 サービスの終了

(1) 利用者からの契約解除について

サービスの終了を希望する7日前までに書面でお申し出ください。

(2) 事業者からの契約解除について

ア 利用者が3か月以上居宅サービスを利用していない場合、利用者に1か月前までに書面により通知することによって、契約を解除させていただく場合がございます。

イ 利用者が以下の事項に該当する場合には、書面で通知することにより契約を解除させていただく場合がございます。

(ア) 利用者及びその家族が契約締結時に心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果サービスを継続しがたい事情を生じさせた場合

(イ) 利用者及びその家族によるサービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず支払われない場合

(ウ) 利用者又はその家族が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為(※)を行うなどによって、サービスを継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

※ ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合、サービス中止や契約を解除することもあります(暴力又は乱暴な言動、無理な要求、セクシャルハラスメント等)。

(3) 契約の終了について

以下の事由に該当した場合は、この契約は終了します。

ア 利用者が死亡した場合

イ 要介護認定により自立と判定された場合

ウ 利用者が介護保険施設に入所した場合

エ 事業所を閉鎖した場合

オ 施設の滅失や重大な毀損により、サービスの実施が不可能になった場合

カ 事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

8 事故発生時の対応

利用者のサービス提供中に事故が発生した場合には必要に応じて、医療機関への連絡と受診、利用者の家族又はサービス事業所への連絡、必要時の市町村への連絡、事故原因の解明及び改善策の検討、事業所加入の損害賠償保険に基づく対応を行います。

9 損害賠償について

事業者はサービス提供に当たって故意又は過失により、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 その他運営について

(1) 虐待の防止のための措置

ア 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

イ 虐待の防止のための指針を整備します。

ウ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年1回以上）実施します。

エ 前号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

(2) 業務継続計画の策定等について

ア 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定します。

イ 従業者に対し、計画について周知するとともに、研修及び訓練（年1回以上）を実施します。

(3) 感染症の予防及びまん延防止について

ア 感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的で開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

イ 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。

ウ 従業者に対する研修及び訓練（年1回以上）を実施します。

(4) 質的向上を図るための研修について

従業者の質的向上を図るための研修として、新規採用時及び継続研修を実施していきます。

(5) 福祉サービス第三者評価実施状況

実施状況：なし

11 緊急時における対応方法について

利用者の容体に変化があった場合は、医師に連絡する等必要な措置を講ずるほか、ご家族又は代理人に速やかに連絡いたします。

主治医	病院・主治医名	
	連絡先	
ご家族・代理人	氏名（続柄）	()
	連絡先	

12 個人情報の利用について

(1) 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族又は代理人に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。

(2) 事業者は、利用者及びその家族又は代理人から、あらかじめ同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者及びその家族又は代理人の個人情報を用いません。

(3) 事業者は、利用者及びその家族又は代理人に関する個人情報が含まれる記録物については

注意を持って管理し、また、処分の際にも第三者への漏えいを防止します。

(4) 以下の場合については、必要最小限の範囲で使用するものとします。

ア 使用目的

- (ア) 適切なサービス提供のために必要な当法人内での情報収集と情報共有、医療機関や他
法人が行う介護・福祉サービス事業所、自治体（保険者）等との情報収集や連絡調整
- (イ) 利用者もしくはその家族又は代理人が体調を崩し、又は怪我等で病院へ行ったときの
医師及び看護職員等への情報提供
- (ウ) 事業者が受け入れる実習生、研修生への教育のため

イ 個人情報の内容

- (ア) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等で、事業所がサービスを行うために必要な
利用者及びその家族又は代理人の個人情報
- (イ) その他の利用者及びその家族又は代理人に関する個人情報であって、特定の個人が識
別、又は識別されうる情報

ウ 個人情報を提供する事業所

- (ア) 担当の居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター
- (イ) ケアプランに記載されている事業所
- (ウ) かかりつけ医の所属する病院又は診療所等（緊急時については、それ以外の病院等）
- (エ) 福祉事務所、保健所又は地域包括支援センター等

エ 使用する期間

契約終了まで

1.3 サービス内容に関する相談・苦情

当事業所の利用者相談・苦情担当者

担当	サービス提供責任者		〇〇 〇〇	
連絡先	TEL	0565-88-1701	FAX	0565-88-1724

当事業所の他、以下の公的機関等でも相談・苦情を受け付けています。

機関名	部署名	連絡先
豊田市役所	介護保険課	0565-34-6634
愛知県国民健康保険団体連合会	介護保険課苦情調査係	052-971-4165

事業所が行う介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項及び個人情報の利用についての説明を行いました。

令和 年 月 日

【事業者】 住 所 春日井市廻間町字神屋洞703番地1
名 称 社会福祉法人恩賜財団愛知県同胞援護会
代 表 者 理事長 西村 眞

【事業所】 住 所 豊田市野見山町5丁目80番地1
名 称 とよた苑ヘルパーステーション
施 設 長 ○○ ○○
管 理 者 ○○ ○○

【説明者】 職 名 とよた苑ヘルパーステーションサービス提供責任者
氏 名

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項及び個人情報の利用についての説明を受け、サービスの提供を受けることに同意しました。

令和 年 月 日

【利用者】 住 所 _____

氏 名 _____

【家族又は代理人】 住 所 _____

氏 名 _____

利用者との関係 ()