

重要事項説明書

訪問介護

利用者： _____ 様

事業所： ヘルパーステーション 安 _____

訪問介護・第一号訪問介護事業重要事項説明書

<令和5年 5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：0572-56-8377（月曜日～日曜日 9：00～18：00）

2. 事業者（法人）の概要

法人名称 株式会社 I T Y
代表者 代表取締役 樋田 真理
法人本部所在地 岐阜県岐阜市切通7-3-24
電話番号 058-240-7678
法人設立 平成30年7月30日

3. 事業所の概要

(1) 訪問介護事業者の指定番号及びサービス提供地域

| | |
|----------|-------------------------------|
| 事業所名 | ヘルパーステーション 安 |
| 所在地 | 岐阜県土岐市泉寺下町1丁目31番地2 マリンハイツ201号 |
| 介護保険指定番号 | 第2171801109号 |
| サービス提供地域 | 土岐市、多治見市、瑞浪市 |

※ 上記サービス提供地域以外にお住まいの方でもお気軽にご相談下さい

(2) 同事業者の職員体制

| 職種 | 資格 | 常勤 | 非常勤 | 業務内容 | 計 |
|-----------|----------------|----|-----|--|----|
| 管理者 | 介護福祉士 | 1名 | | サービス提供責任者などの従業員の管理、また指定訪問介護の利用者申込に係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行います。 当事業所の従事者に、厚生省令で定められた指定訪問介護の人員基準及び運営に関する基準を遵守させるために、必要な指揮命令を行います。 | 1名 |
| サービス提供責任者 | 介護福祉士 実務者研修 | 3名 | | サービス提供責任者は、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、指定訪問介護の目標を達成するための具体的なサービスの内容等を、利用者のニーズに合わせて説明します。又、指定訪問介護の利用申込に係る調整、サービス従事者に対する技術指導など | 3名 |

| | | | | | |
|-------------|---------------------------------------|----|----|------------------------------|-----|
| | | | | サービスの内容の管理を行います。 | |
| サービス 従業者 | 介護福祉士 実務者研修 修了者 初任者研修 修了者 | 5名 | 6名 | 利用者の自宅に訪問し、訪問介護サービスの実施を行います。 | 11名 |

(3) 営業日及び営業時間

- ① 営業日 月～日曜日（12月30日から1月2日を除く）
- ② 営業時間 9時～18時
- ③ 電話等により24時間常時連絡が可能な体制とする。

4. サービスの内容

| | サービス区分 | サービス内容 |
|--------------|------------|---|
| 身体 介 護 | ① 健康維持管理 | 観察、バイタルチェック、服薬介助、受診時介助（通院、往診） |
| | ② 環境整備 | ベッド周辺、居室の整理整頓、住居の安全、衛生、照明調節、空調調節 |
| | ③ 食事介護 | 見守り、部分介助、全介助：下膳、配膳、水分補給、摂取量のチェック |
| | ④ 排泄介助 | 見守り、部分介助、全介助：トイレ誘導、ポータブルトイレ、尿器具利用、便器利用、おむつ交換、陰部臀部清拭、陰部洗浄、尿量チェック |
| | ⑤ 保清介助 | 口腔（うがい、歯磨き、義歯洗浄）、洗髪、部分清拭、全身清拭 |
| | ⑥ 入浴介助 | 見守り、部分介助、全介助：入浴準備、浴後清掃、浴槽使用、シャワー浴介助、部分浴（手浴、足浴） |
| | ⑦ 整容介助 | 見守り、部分介助、全介助：整髪、爪切り、化粧、髭剃り |
| | ⑧ 更衣介助 | 見守り、部分介助、全介助：起床時、就寝時 |
| | ⑨ 身体機能保持促進 | 体位交換、拘縮予防、生活リハビリ |
| | ⑩ 社会生活保持促進 | 外出介助 |
| | ⑪ 認知症のケア | 行動への対応をいたします。 |
| | ⑫ 特定行為 | 口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内の喀痰吸引、胃瘻による経管栄養、経鼻経管栄養 |

| | | |
|---|--------------|---|
| 生活援助 | ⑬ 調理 | 利用者のための食事の調理、配膳食後の後片付けを行います。 利用者以外の家族などの調理は含みません。(介護保険外のサービスになります。) |
| | ⑭ 洗淨・補修 | 日常的な衣類の洗濯、乾燥、洗濯物の取り込み、整理、小物のアイロンがけのほか、ボタン付けや衣類のほつれの修繕など、専門技術が必要なく短時間でできる範囲の補修を行います。 |
| | ⑮ 住居の掃除・整理整頓 | 家屋内の掃除、ゴミ捨て、布団干し、日常生活用品などの整理整頓などを行います。住居内の場所は、利用者が日常生活で使用している居室、台所、トイレ、風呂場等です。 |
| | ⑯ 買い物 | 日用品や食料品などの生活必需品の買い物を行います。買い物に伴う金銭管理には十分注意し、常に利用者の確認を得ながら行います。利用者宅から買い物に出かけます。 ※ 尚、灯油等危険物は買いに行けません。 |
| | ⑰ 安否確認 | 訪問して利用者の確認を行います。 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ ヘルパーは、守秘義務・健康に留意してサービスの向上に努めます。 ・ ヘルパーは、医療行為をすることはできません。 ・ ヘルパーの車に利用者をお乗せすることはできません。 ・ ヘルパーは、茶菓子や金品の心遣いはお受けできません。 ・ ヘルパーの駐車場は、利用者の負担にて確保願います。 | | |

(その他)

- ・ 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭を取り扱うことはできません。
- ・ 利用者の為の家事・介護を行う業務なので、庭の草刈りや家族の食事の用意などを行うことはできません。
- ・ 掃除等は、利用者の自立支援を目的とした範囲内で行い、ヘルパーが援助できる場合は限られます。
- ・ 有毒な消毒(室内外を問わず)等を行いません。

※買い物時の金銭の扱いについて

ヘルパーは、希望の品物をお聞きし、代金をお預かりして買い物に行きます。買い物後、購入物品と預かり金額・買い物金額・おつりを領収書(レシート等)で利用者様に確認いただきます。(預かり金額・買い物金額・おつり・移動距離を実施記録に記入します。)

5. 利用料金

(1) 料金表

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として料金（料金表）の1割負担です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

※ 2割負担、3割負担となる方に関しては、下記料金表の2倍の金額が自己負担となります。

【昼間 午前8時～午後6時】

| | | | | | |
|------|--------|----------------|----------------|-------------------|---------------------|
| | 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30分未満 | 1時間30分以上 30分増す毎に |
| 身体介護 | 1,670円 | 2,500円 | 3,960円 | 5,790円 | 840円 |

【昼間 午前8時～午後6時】

| | | | | | |
|------|----------------|--------|--------------------|----------------|--------|
| | 20分以上 45分未満 | 45分以上 | 身体介護に引き続き生活援助を行う場合 | | |
| | | | 20分以上 45分未満 | 45分以上 70分未満 | 70分以上 |
| 生活援助 | 1,830円 | 2,250円 | 3,170円 | 3,840円 | 4,510円 |

- ・介護予防訪問介護の料金表は【添付書類1】を参考にしてください。
- ・基本料金に対して、早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）帯は25%増し、深夜（午後10時～午前6時）は50%増しとなります。
- ・上記の料金設定の基本となる時間は、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。
- ・やむを得ない事情で、かつ、利用者の同意を得て、2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。
- ・介護保険料滞納等で、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合利用者から利用料金全額を頂き、サービスの提供証明書を発行します。後日、当該市町村窓口へ提出し、払い戻しを受けて下さい。
- ・居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、一旦利用者が利用料金をお支払いください。サービス提供証明書を発行しますので、その後市町村に対して保険給付分（9割）を請求して下さい。
- ・サービス時間内に車の使用があった場合（買い物代行・薬の受け取り等）、ガソリン代実費をいただきます。
- ・新規に訪問介護を始める場合に、サービス提供責任者が自ら訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員に同行した場合に200円/月をいただく場合があります。
- ・利用者・家族等から要請を受けて緊急に身体介護を行った場合100円/回をいただく場合があります。

(2) 支払方法

利用料金のお支払方法は、口座引き落としもしくは口座振込みとさせていただきます。

当月のご利用分を翌月15日前後に請求書を郵送しますので、請求月の末日までに以下の金融

機関口座にお振込みください。

【振込先】

| | |
|-------------|--------|
| 大垣共立銀行 梅林支店 | 634520 |
| 株式会社 I T Y | |

(3) 介護保険給付対象外のサービス

介護保険給付対象外のサービスにつきましては、別途契約のうえ、お支払いいただきます

6. キャンセル

利用者の都合でサービスを中止する場合には、サービス実施日の前日午後5時までにご連絡ください。それ以降のご連絡のない無断のキャンセルは、下記のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください。ただし、利用者の様態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

| 時 間 | キャンセル料 |
|------------------|--------|
| サービス利用日の前日午後5時まで | 無 料 |
| サービス利用日の前日午後5時以降 | 500円 |

7. 緊急時及び事故発生時の対応

万が一事故が発生した場合、損害賠償保険の範囲内で賠償します。

サービスの提供中に様態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅支援事業者等へ速やかに連絡いたします。

緊急連絡先①

| | | | |
|-----|------|-----|--|
| 氏 名 | | 続 柄 | |
| 住 所 | 〒 電話 | | |

緊急連絡先②

| | | | |
|-----|------|-----|--|
| 氏 名 | | 続 柄 | |
| 住 所 | 〒 電話 | | |

主治医

| | | | |
|------|---------|-----|--|
| 医療機関 | | 主治医 | |
| 住所 | 〒 電話 | | |

8. 身体拘束の禁止

原則として、契約者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に契約者及びその家の家族への十分な説明を行い、同意を得るとともに、その態様および時間、その際の契約者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

9. 虐待防止の為の措置

事業者は、契約者の人権の擁護・虐待の防止のため、次の設置を講ずるよう努めるものとする。

- (1) 虐待防止に関する責任者の選定及び設置
- (2) 成年後見人制度の利用支援
- (3) 苦情解決体制の整備
- (4) 従事者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修実施

10. 相談・苦情窓口

○サービス提供に関するご相談や苦情は次の窓口で対応します。

| | |
|----------------------------|--|
| ヘルプステーション 安 (責任者) 安藤 香里 | 電話番号 (0572) 56-8377 FAX 番号 (0572) 56-8377 |
|----------------------------|--|

○公的機関についても、次の機関において苦情申し出等ができます。

| | |
|----------------|---------------------|
| 岐阜県国民健康保険団体連合会 | 電話番号 (058) 273-1111 |
| 岐阜県東濃県事務所 福祉課 | 電話番号 (0572) 23-1111 |
| 土岐市役所 高齢福祉課 | 電話番号 (0572) 54-1111 |
| 多治見市 高齢福祉課 | 電話番号 (0572) 22-1111 |
| 瑞浪市 高齢福祉課 | 電話番号 (0572) 68-2111 |

11. 組織の概要

| | |
|-------|----------------------|
| 名称 | 株式会社 I T Y |
| 代表者名 | 代表取締役 樋田 真理 |
| 本店所在地 | 岐阜県岐阜市切通 7-3-24 |
| 電話番号 | Tel : (058) 240-7678 |
| 業務の概要 | 訪問介護・通所介護 |

1 2. 第三者評価の実施状況

実施 あり なし

訪問介護、第一号訪問介護事業の提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。

説明日 令和 年 月 日

<事業者> 所在地： 岐阜県岐阜市切通 7-3-24
名 称： 株式会社 ITY
代表者： 代表取締役 樋田 真理
説明者： 所 属： ヘルパーステーション 安

氏 名 _____ 印

<利用者> 住 所 _____

氏 名： _____ 印

(身元保証人・代理人等)

住 所： _____

氏 名： _____ 印

(家族 ・ 法定代理人 ・ 法定後見人)

【添付書類 1】

●訪問型サービス（独自）利用料金表

合証に応じ

| サービス内容 | 合計単位 | 算定項目 |
|------------|----------|------------------------------|
| 訪問型独自サービスⅠ | 1,176 単位 | 訪問型サービス費（独自）（Ⅰ）要支援 1・2 1月につき |
| 訪問型独自サービスⅡ | 2,349 単位 | 訪問型サービス費（独自）（Ⅱ）要支援 1・2 1月につき |
| 訪問型独自サービスⅢ | 3,727 単位 | 訪問型サービス費（独自）（Ⅲ）要支援 2 1月につき |

◎ 訪問型サービス費（独自）（Ⅰ）

<週 1 回程度の利用が必要な場合>

要支援 1・要支援 2 1,176 単位／月 11,760 円（負担割合証に応じた負担額含む）

◎ 訪問型サービス費（独自）（Ⅱ）

<週 2 回程度の利用が必要な場合>

要支援 1・要支援 2 2,349 単位／月 23,490 円（負担割合証に応じた負担額含む）

◎ 訪問型サービス費（独自）（Ⅲ）

<（Ⅱ）を越える利用が必要な場合>

要支援 2 3,727 単位／月 37,270 円（負担割合証に応じた負担額含む）

※ 当ステーションでは、訪問型サービス費（独自）において、ご利用様の都合によりキャンセルがあった場合、その回数を他の週に振り替えることはいたしません。

いかなる場合にもサービスの回数は、訪問型サービス費（独自）（Ⅰ）の場合週 1 回まで・訪問型サービス費（独自）（Ⅱ）の場合週 2 回まで・訪問型サービス費（独自）（Ⅲ）の場合週 3 回までとさせていただきますのでご了承下さい。

肖像権使用同意書

事業所名 ヘルパーステーション 安
事業所番号 第2171801109号
所在地 岐阜県岐阜市切通7-3-24
代表者名 株式会社 I T Y 代表取締役 樋田 真理 宛て

- ・ 利用期間中の様子を写真やビデオ撮影等行われることについて 同意 (します・しません)
- ・ 撮影された写真や映像を利用施設内にて使用されることについて 同意 (します・しません)
- ・ 撮影された写真や映像を外部に案内用として使用されることについて 同意 (します・しません)

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ 印

身元保証人・家族等氏名

_____ 印