

# 訪問介護 重要事項説明

(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 042-334-8133 (午前8時30分～午後5時30分まで)

担当 サービス提供責任者 中村 広樹

※ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

## 2. ホームヘルプステーションよつや苑の概要

### (1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所番号	1373800687
事業所名	ホームヘルプステーションよつや苑
所在地	〒183-0035 東京都府中市四谷3-66
サービスを提供する地域 ※	府中市、稲城市(大丸)、日野(落川・百草) 多摩市(連光寺1丁目・関戸1~3丁目) 国立市(谷保)

※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

管理者	サービス提供責任者	常勤 ホームヘルパー	施設非常勤 ホームヘルパー	直行直帰非常勤 ホームヘルパー	計
1名 (1)	3名 (1)	0名 (0)	9名 (0)	1名 (0)	12名 (2)

※提供責任者はサービス提供にも従事します。

※管理者・サ責 兼務 ( ) 内は、男性再掲

### (3) 営業日・営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	8:30～17:30
休日	日曜日

※ご相談等は、上記の営業時間にお受けします。

### (4) サービスの提供時間帯

	通常時間帯 8:00～18:00	早朝 6:00～8:00	夜間 18:00～22:00	深夜 22:00～6:00	備考
平日	○	○	○	○	
土・日・祭日	○	○	○	○	

※時間帯により料金が異なります。

## 3. サービスの内容

### (1) 身体介護

- ①起床介助・就寝介助 ②洗面等・身体整容(日常的なもの) ③更衣介助  
④食事介助・専門的調理 ⑤服薬介助 ⑥排泄介助(陰部洗浄) ⑦全身清拭  
⑧全身浴 ⑨部分浴(洗髪等) ⑩体位交換 ⑪移動・移乗介助  
⑫通院・外出介助 ⑬自立生活支援のための見守りの援助

### (2) 生活援助

- ①掃除 ②洗濯 ③ベツトメイク ④衣類の整理・被服の補修  
⑤一般的な調理、配下膳 ⑥買い物・薬の受け取り

#### 4. 利用料金

##### (1) 利用料金

介護保険法その他の関係法令に基づいて算定した額を利用料金として請求します。  
(別紙「料金表」)介護報酬見直し等の法改正により料金に変更となる場合があります。

##### (2) 交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。  
それ以外の地域の方は、訪問介護員がおたずねするための交通費の実費が必要です。なお、車両を使用する場合は事業所からご自宅までの距離数(道のり)に100円を乗じた額を交通費としていただきます。  
この支払を受ける場合には、利用者またはそのご家族に対して事前に文書で説明の上、同意をいただきます。

##### (3) 取り消し料(キャンセル料)

急なキャンセルの場合は、下記の取り消し料がかかります。  
キャンセルが必要になった場合は、至急ご連絡ください。

ご利用の24時間前までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用の24時間前までにご連絡がなかった場合	当該基本料金の50%

##### (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、電話等の費用は利用者のご負担になります。

##### ②料金の支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、当月末日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。  
お支払い方法は、口座自動振替、銀行振込、現金払いの3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

①当重要事項説明に同意いただき、契約を締結したのち、訪問介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。

なお、居宅サービス計画の作成を依頼されている場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

②当事業所の職員が、サービス提供のためお伺いするにあたって、事前に利用者のご了解を得たうえ、研修生または実習生を同伴することがあります。

##### (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ください。  
なお、文書は、当方で用意してありますので、必要なおときはお申しつけください。

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がある場合、契約を解除し、サービス提供を終了させていただきます。この場合、契約を解除する日の1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③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、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、利用者は、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解除することができます。

④利用者が、サービス利用料金の支払を1ヶ月以上遅滞し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず、15日以内にお支払いいただけない場合、または利用者やご家族が事業者やサービス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、事業者は文書で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただきます。

### (3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

- ① 利用者が施設に入所した場合（但し、在宅相互利用の場合は除く）
- ② 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当、または、要支援状態と認定された場合
- ③ 利用者が、お亡くなりになった場合または被保険者資格を喪失した場合

## 6. 当事業所の訪問介護サービスの特徴等

### (1) 運営の方針

在宅生活を送る上で身体的機能や精神的機能の低下により、生活行為を自力で成り立たせることが困難な要介護状態にある高齢者に対し、家族を含めて安心、かつ、快適な生活が送れるよう適正な訪問介護を提供します。

24時間365日実施し、必要なサービスを、必要な時に、必要なだけ提供することを基本としています。

スポットおよび滞在的派遣による入浴、排泄、食事の介助その他の生活全般にわたる充実した援助をはじめ、関係市町村、地域の保険、医療、福祉サービス等各分野の専門機関との連携援助といったチームケアを実践することで、利用者の有する能力に応じた自立した生活、可能な限り住み慣れた地域での生活が続けられるよう援助します。特に、訪問看護ステーションとの連携を深め、統一した利用者接遇の充実を図ります。

### (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	有	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	有	
採用時の研修の実施	有	入職後1ヶ月以内に実施しています
従業者への研修の実施	有	年6回以上
サービスマニュアルの作成	有	
その他		

## 7. 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合は、主治医、救急隊、親族、区市町村、居宅介護支援事業者に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

## 8. 事故発生時の対応

訪問介護の提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族、居宅介護支援事業者、区市町村等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、賠償すべき事故については、損害賠償を速やかに行います。

### (緊急時・事故発生時の連絡先)

主治医	病院・診療所名	
	医師氏名（科目）	( )
	住所	
	電話番号	
ご家族等	氏名（続柄）	( )
	電話番号	
	勤務先又は携帯番号	

## 9. 虐待の防止のための措置

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するために次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待防止指針を掲げそれを基に以下の定める事項の行為を実施する。
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会として虐待防止委員会を設置し、定期的に（年1回以上）開催するとともに、委員会での検討結果を従業者に周知徹底する。
- (3) 従業者に対し、虐待防止のための普及・啓発の研修を定期的に（年1回以上）開催するとともに、新規採用時には必ず実施する。
- (4) 前3項を適切に実施するための専任責任者を設置する

2 事業所は、利用者的人格を尊重する視点に立ったサービスに努め、また虐待防止に必要な措置を講じるとともに、虐待を受けている恐れがある場合は速やかに区市町村及び管轄の居宅介護支援事業所、高齢者支援センターに報告する。

## 10. 業務継続計画の策定等

(1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護事業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(以下「業務継続計画」という。) 従い必要な措置を講じるものとする。

(2) 事業者は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。

(3) 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

## 11. サービス内容に関する苦情

(1) よつや苑（別紙「相談・苦情対応フロー（よつや苑）」）

ホームヘルプステーションよつや苑の相談・苦情の窓口は下記の職員です。

・ 苦情解決責任者（施設長）

渡邊 義洋 電話 042-334-8133

※受付は平日の8:30～17:30（不在の場合があります。来苑を希望される方も予め電話でのご連絡をお願いします。）

・ 苦情受付担当者（管理者・サービス提供責任者）

中村 広樹 電話 042-334-8133

※受付は平日の8:30～17:30（不在の場合があります。来苑を希望される方も予め電話でのご連絡をお願いします。）

相談・苦情については苦情受付担当者が承りますが、不在の場合等、基本的にはどの職員でも承り、苦情解決責任者に報告します。

苦情解決責任者は利用者への対応改善や、申出者への返答等、必要な処置を講じます。苦情解決責任者は原因を分析し、再発防止に努めます。

(2) 苦情解決第三者委員事務局（別紙「相談・苦情対応フロー（よつや苑）」）

「よつや苑」として苦情解決第三者委員を設置しています。苦情解決第三者委員は職員ではありません。苦情解決第三者委員への苦情申出については、よつや苑内に事務局として以下の職員を配置した事務局が承ります。

事務局が苦情解決第三者委員に申出内容を連絡します。

・苦情解決第三者委員事務局（総務）

金本 真幸 電話 042-334-8133

※受付は平日の8：30～17：30（不在の場合があります。来苑を希望される方も予め電話でのご連絡をお願いします。）

(3) その他

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

① 府中市福祉保健部高齢者支援課

電話 042-335-4030

② 稲城市高齢福祉課介護保険係

電話 042-378-2111

③ 東京都国民健康保険団体連合会 介護相談窓口担当

電話 03-6238-0177

対応時間 平日 9：00～17：00

## 12. 当法人の概要

令和 年 月 日

訪問介護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者

住 所 〒206-0823  
東京都稲城市平尾1127-1

法人名 社会福祉法人正吉福祉会  
代表者名 理事長 櫻井 千馨

印

住 所 〒183-0035  
東京都府中市四谷3-6-6  
事業所名 ホームヘルパーステーションよつや苑  
説明者 所属 訪問介護チーム  
氏名

印

私は本書面により、事業者から訪問介護についての重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者 住所

氏名

保証人 住所

氏名

続柄

訪問介護

〇〇〇正吉苑

料金表

1. 基本料金

3割負担

身体介護

単位 円/回

時間区分	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額
～20分未満	163	1,801	541
20分～30分未満	244	2,696	809
30分～1時間未満	387	4,276	1,283
1時間～1時間30分未満	567	6,265	1,880
1時間30分以上(30分増すごと)	82	906	272

生活援助

時間区分	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額
20分～45分未満	179	1,977	594
45分以上	220	2,431	730

身体介護+生活援助

身体介護(20分以上から算定)に引き続き生活援助を行った場合=(身体介護単位数)+(63単位)

\*介護保険負担割合証に記載されている割合になります

\*上表の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、居宅サービス計画(ケアプラン・介護予防プラン)に定められた目安の時間を基準とします

<体制加算>

項目	加算要件	利用者負担額(1割)
特定事業所加算Ⅰ	厚生労働省の定めた基準	基本単位数の20%増
特定事業所加算Ⅱ	①体制要件	基本単位数の10%増
特定事業所加算Ⅲ	②人材要件	基本単位数の10%増
特定事業所加算Ⅳ	③重度要介護者等対応要件のいずれか項目の基準を満たした場合	基本単位数の5%増

注:サービス提供責任者配置減算に該当する場合 上記単位数の30%減

注:同一建物に対する減算に該当する場合 上記単位数の10%減

※ 早朝(午前6時～8時)夜間(午後6時～10時) 上記単位数の25%増

※ 深夜(午後10時～午前6時) 上記単位数の50%増

※ 訪問介護員2名派遣の場合 上記単位数×200/100

項目	イ	ロ	単位数
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	イ	(支給限度管理の対象外)	所定単位数の27.0%を加算
	ロ		所定単位数の28.7%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	イ		所定単位数の24.9%を加算
	ロ		所定単位数の26.6%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)			所定単位数の20.7%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)			所定単位数の17.0%を加算

<実績による加算>

項目	加算要件	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額(1割)
初回加算(1月につき)	初回訪問月にサービス提供責任者が訪問した場合	200	2,210	663
緊急時訪問介護加算(1回につき)	居宅サービス計画書がない身体介護を緊急に行った場合	100	1,105	332
口腔連携強化加算	歯科医療機関や居宅に口腔の健康状態を評価し提出した場合	50	570	171

令和8年6月1日 現在

事業所名 ホームヘルパーステーション〇〇〇正吉苑

説明者 氏名

私は、本書面により、事業者から訪問介護事業についての料金の説明を受け、上記の内容に同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名

代理人氏名 続柄( )

訪問介護

〇〇〇正吉苑

料金表

1. 基本料金

2割負担

身体介護

単位 円/回

時間区分	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額
～20分未満	163	1,801	361
20分～30分未満	244	2,696	540
30分～1時間未満	387	4,276	856
1時間～1時間30分未満	567	6,265	1,253
1時間30分以上(30分増すごと)	82	906	182

生活援助

時間区分	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額
20分～45分未満	179	1,977	396
45分以上	220	2,431	487

身体介護+生活援助

身体介護(20分以上から算定)に引き続き生活援助を行った場合=(身体介護単位数)+(65単位)
---

\*介護保険負担割合記に記載されている割合になります

\*上表の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、居宅サービス計画(ケアプラン・介護予防プラン)に定められた目安の時間を基準とします

<体制加算>

項目	加算要件	利用者負担額(1割)
特定事業所加算Ⅰ	厚生労働省の定めた基準	基本単位数の20%増
特定事業所加算Ⅱ	①体制要件	基本単位数の10%増
特定事業所加算Ⅲ	②人材要件	基本単位数の10%増
特定事業所加算Ⅳ	③重度要介護者等対応要件のいずれか 項目の基準を満たした場合	基本単位数の5%増

注:サービス提供責任者配置減算に該当する場合 上記単位数の30%減

注:同一建物に対する減算に該当する場合 上記単位数の10%減

※ 早朝(午前6時～8時)夜間(午後6時～10時) 上記単位数の25%増

※ 深夜(午後10時～午前6時) 上記単位数の50%増

※ 訪問介護員2名派遣の場合 上記単位数×200/100

項目	単位数
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	イ 所定単位数の27.0%を加算
	ロ 所定単位数の28.7%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	イ (支給限度管理の対象外) 所定単位数の24.9%を加算
	ロ 所定単位数の26.6%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の20.7%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数の17.0%を加算

<実績による加算>

項目	加算要件	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額(1割)
初回加算(1月につき)	初回訪問月にサービス提供責任者が訪問した場合	200	2,210	442
緊急時訪問介護加算(1回につき)	居宅サービス計画書がない身体介護を緊急に行った場合	100	1,105	221
口腔連携強化加算	歯科医療機関や居宅に口腔の健康状態を評価し提出した場合	50	570	114

令和8年6月1日 現在

事業所名 ホームヘルパーステーション〇〇〇正吉苑

説明者 氏名

私は、本書面により、事業者から訪問介護事業についての料金の説明を受け、上記の内容に同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名

代理人氏名 続柄( )

訪問介護

〇〇〇正吉苑

料金表

1. 基本料金

身体介護

1割負担  
単位 円/回

時間区分	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額
～20分未満	163	1,801	181
20分～30分未満	244	2,696	270
30分～1時間未満	387	4,276	428
1時間～1時間30分未満	567	6,265	627
1時間30分以上(30分増すごと)	82	906	91

生活援助

時間区分	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額
20分～45分未満	179	1,977	198
45分以上	220	2,431	244

身体介護+生活援助

身体介護(20分以上から算定)に引き続き生活援助を行った場合=(身体介護単位数)+(65単位)
---

\*介護保険負担割合証に記載されている割合になります

\*上表の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、居宅サービス計画(ケアプラン・介護予防プラン)に定められた目安の時間を基準とします

<体制加算>

項目	加算要件	利用者負担額(1割)
特定事業所加算Ⅰ	厚生労働省の定めた基準	基本単位数の20%増
特定事業所加算Ⅱ	①体制要件	基本単位数の10%増
特定事業所加算Ⅲ	②人材要件	基本単位数の10%増
特定事業所加算Ⅳ	③重度要介護者等対応要件のいずれか項目の基準を満たした場合	基本単位数の5%増

注:サービス提供責任者配置減算に該当する場合 上記単位数の30%減

注:同一建物に対する減算に該当する場合 上記単位数の10%減

※ 早朝(午前6時～8時)夜間(午後6時～10時) 上記単位数の25%増

※ 深夜(午後10時～午前6時) 上記単位数の50%増

※ 訪問介護員2名派遣の場合 上記単位数×200/100

項目	単位数
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	イ 所定単位数の27.0%を加算
	ロ 所定単位数の28.7%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	イ (支給限度管理の対象外) 所定単位数の24.9%を加算
	ロ 所定単位数の26.6%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	所定単位数の20.7%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	所定単位数の17.0%を加算

<実績による加算>

項目	加算要件	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額(1割)
初回加算(1月につき)	初回訪問月にサービス提供責任者が訪問した場合	200	2,210	221
緊急時訪問介護加算(1回につき)	居宅サービス計画書がない身体介護を緊急に行った場合	100	1,105	111
口腔連携強化加算	歯科医療機関や居宅に口腔の健康状態を評価し提出した場合	50	570	57

令和8年6月1日 現在

事業所名 ホームヘルパーステーション〇〇〇正吉苑

説明者 氏名

私は、本書面により、事業者から訪問介護事業についての料金の説明を受け、上記の内容に同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名

代理人氏名 続柄( )

## 訪問介護保険外サービス料金表

1. 下記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者のサービス計画に定められた目安の時間を基準とします。
2. 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。
3. 下記のサービス内容にないサービスをご希望の場合は担当者までご相談下さい。
4. 30分以上～60分未満は1時間にて算定します、30分未満は下記の料金の半分になります。30分追加毎に半分の料金が加算されます。
5. 近距離（よつや苑から移動時間 5分以内）で短時間の支援の場合のみ、15分単位の支援の調整を致します。

### サービス内容

内容	詳細	金額
通院介助①	車椅子・歩行・移動の介助を要する場合。	¥4,400/1時間
通院介助②	院内の待ち時間・見守り等	¥2,600/1時間
散歩・外出①	車椅子・歩行・移動の介助を要する場合(冠婚葬祭・観劇等)	¥4,400/1時間
散歩・外出②	移動等自立であり、見守りを要する場合(冠婚葬祭・観劇等)	¥2,600/1時間
家事サービス	同居家族等の事情で介護保険の利用が出来ない場合の一般家事等 介護保険算定外の一般家事(換気扇・エアコンの掃除・窓拭き・ベランダ掃除・網戸掃除・押入れの整理・書類整理・草木の水やり・ペットの世話・買物(嗜好品)・草むしり・話し相手・同居家族の食事作り・入・退院時や施設などでのお手伝い 簡単な部屋の模様替え・タンスの移動・日常生活以上の掃除	¥2,600/1時間
見守り・留守番①	認知症・障害・疾病の状況により異なります。常時介護が必要な場合。	¥4,400/1時間
見守り・留守番②	認知症・障害・疾病の状況により異なります。声掛け・一部介助が必要な場合。	¥3,500/1時間
身体介護	服薬・水分補給・安否確認等の短時間援助	¥4,400/1時間 (15分単位)

5. 夜間・深夜・早朝のサービスをご希望の場合は、別途、下記の料金を請求致します。

夜間(午後6時から午後9時59分まで)	実施時間料金×1.25
深夜(午後10時から午前5時59分まで)	実施時間料金×1.50
早朝(午前6時から午前8時まで)	実施時間料金×1.25

平成 29 年 4 月 1 日

ホームヘルパーステーションよつや苑

## 指定国基準訪問型事業 重要事項説明書

様 に対するサービスの提供開始にあたり、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 正吉福祉会
主たる事務所の所在地	〒206-0823 東京都稲城市平尾4丁目16-1
代表者（職名・氏名）	理事長 櫻井 千馨
設立年月日	平成 30年 4月 1日
電話番号	042-334-8133

### 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ホームヘルパーステーションよつや苑	
サービスの種類	第1号訪問事業	
事業所の所在地	〒183-0035 東京都府中市四谷3丁目66番	
電話番号	042-334-8133	
指定年月日・事業所番号	平成 30年 4月 1日指定	1 3 7 3 8 0 0 6 8 7
管理者の氏名	中村 広樹	
通常の事業の実施地域	府中市	

### 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	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、生活の質の確保及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、国基準の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及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、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、利用者の要支援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

訪問事業は、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。

指定国基準訪問型事業は、身体介護・生活援助等の区別はなく、適切なアセスメントのもとにサービスの提供を行います。

## 5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日（受付）（サービス提供は年中無休）
営業時間	8：30～17：30

## 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
従業者	常勤 1人、 非常勤 9人
うち介護福祉士	常勤 1人、 非常勤 9人
うち介護職員初任者研修等修了者	常勤 0人、 非常勤 0人

## 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	
--------------	--

## 8. 利用料（料金表別紙）

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、原則として法令に定める費用負担割合とします。

ただし、介護保険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。

## 支払い方法

上記（1）及び（2）の利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、15日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の26日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の26日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。
現金払い	サービスを利用した月の翌月請求書発行後から月末までに、現金でお支払いください。

## 9. 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、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	

## 10. 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、担当の地域包括支援センターへ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

### 11. 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。

苦情解決第三者委員事務局	電話番号 042-334-8133 金本真幸 (総務責任者) 平日 8:30~17:30
--------------	---

(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	府中市高齢福祉課	電話番号 042-335-4030
	東京都国民健康保険団体連合会	電話番号 03-6238-0177

### 12. 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 医療行為及び医療補助行為
  - 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地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

### 13. 虐待の防止のための措置

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するために次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待防止指針を掲げそれを基に以下の定める事項の行為を実施する。
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会として虐待防止委員会を設置し、定期的に(年1回以上)開催するとともに、委員会での検討結果を従業者に周知徹底する。

(3) 従業者に対し、虐待防止のための普及・啓発の研修を定期的に（年1回以上）開催するとともに、新規採用時には必ず実施する。

(4) 前3項を適切に実施するための専任責任者を設置する

2 事業所は、利用者の人格を尊重する視点に立ったサービスに努め、また虐待防止に必要な措置を講じるとともに、虐待を受けている恐れがある場合は速やかに区市町村及び管轄の居宅介護支援事業所、高齢者支援センターに報告する。

#### 1.4. 業務継続計画の策定等

(1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護事業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（以下「業務継続計画」という。）に従い必要な措置を講じるものとする。

(2) 事業者は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施するものとする。

(3) 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

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 〒183-0035

東京都府中市四谷3-66

法人名 社会福祉法人正吉福祉会

代表者名 理事長 櫻井 千馨 印

事業者名 ホームヘルパーステーションよつや苑

説明者名

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。

利用者 住所

氏名

保証人（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏名

国基準型訪問サービス

料金表

〇〇正吉苑

1. 基本料金

3割負担

単位 円/回

1か月の利用回数	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額(1割)
週1回の利用	1,176	12,994	3,899
週2回の利用	2,349	25,956	7,787
週3回以上の利用	3,727	41,183	12,355

注:同一建物に対する減算に該当する場合 上記単位数の10%減

介護職員等特定処遇改善加算

項目		単位数
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	イ	所定単位数の27.0%を加算
	ロ	所定単位数の28.7%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	イ	所定単位数の24.9%を加算
	ロ	所定単位数の26.6%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)		所定単位数の20.7%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)		所定単位数の17.0%を加算

<実績による加算>

項目	加算要件	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額(1割)
初回加算	初回訪問月にサービス提供責任者が訪問した場合	+200	2,210	663

令和8年6月1日 現在

事業所名 ホームヘルパーステーション〇〇正吉苑

説明者 氏名

私は、本書面により、事業者から訪問介護事業についての料金の説明を受け、上記の内容に同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名

代理人氏名 続柄( )

国基準型訪問サービス

料金表

〇〇正吉苑

1. 基本料金

2割負担

単位 円/回

1か月の利用回数	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額(1割)
週1回の利用	1,176	12,994	2,599
週2回の利用	2,349	25,956	5,192
週3回以上の利用	3,727	41,183	8,237

注:同一建物に対する減算に該当する場合 上記単位数の10%減

介護職員等特定処遇改善加算

項目		単位数
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	イ	所定単位数の27.0%を加算
	ロ	所定単位数の28.7%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	イ	所定単位数の24.9%を加算
	ロ	所定単位数の26.6%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)		所定単位数の20.7%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)		所定単位数の17.0%を加算

<実績による加算>

項目	加算要件	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額(1割)
初回加算	初回訪問月にサービス提供責任者が訪問した場合	+200	2,210	442

令和8年6月1日 現在

事業所名 ホームヘルパーステーション〇〇正吉苑

説明者 氏名

私は、本書面により、事業者から訪問介護事業についての料金の説明を受け、上記の内容に同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名

代理人氏名 続柄( )

国基準型訪問サービス

料金表

〇〇正吉苑

1. 基本料金

1割負担

単位 円/回

1か月の利用回数	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額(1割)
週1回の利用	1,176	12,994	1,300
週2回の利用	2,349	25,956	2,596
週3回以上の利用	3,727	41,183	4,119

注:同一建物に対する減算に該当する場合 上記単位数の10%減

介護職員等特定処遇改善加算

項目		単位数
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	イ	所定単位数の27.0%を加算
	ロ	所定単位数の28.7%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	イ	所定単位数の24.9%を加算
	ロ	所定単位数の26.6%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)		所定単位数の20.7%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)		所定単位数の17.0%を加算

<実績による加算>

項目	加算要件	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額(1割)
初回加算	初回訪問月にサービス提供責任者が訪問した場合	+200	2,210	221

令和8年6月1日 現在

事業所名 ホームヘルパーステーション〇〇正吉苑

説明者 氏名

私は、本書面により、事業者から訪問介護事業についての料金の説明を受け、上記の内容に同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名

代理人氏名 続柄( )

## 市独自基準訪問型サービス事業 重要事項説明書

様 に対するサービスの提供開始にあたり、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 正吉福祉会
主たる事務所の所在地	〒206-0823 東京都稲城市平尾4丁目-16-1
代表者（職名・氏名）	理事長 櫻井 千馨
設立年月日	平成 30年 4月 1日
電話番号	042-334-8133

## 2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ホームヘルパーステーションよつや苑	
サービスの種類	市独自基準訪問型サービス	
事業所の所在地	〒183-0035 東京都府中市四谷3丁目66番	
電話番号	042-334-8133	
指定年月日・事業所番号	平成 30年 4月 1日指定	1 3 7 3 8 0 0 6 8 7
管理者の氏名	中村 広樹	
通常の実業の実施地域	府中市	

## 3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	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、生活の質の確保及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、市独自基準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及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、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、利用者の要支援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

市独自基準訪問型サービスは、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、調理、洗濯や掃除等の生活援助を中心とした、日常生活上の支援を行うサービスです。

## 5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日（受付）（サービス提供は年中無休）
営業時間	8：30～17：30

## 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
従業者	常勤 1人、 非常勤 9人
うち介護福祉士	常勤 1人、 非常勤 9人
うち介護職員初任者研修等修了者	常勤 0人、 非常勤 0人

## 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	
--------------	--

## 8. 利用料（料金表別紙）

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、原則として法令に定める費用負担割合とします。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額的全額をご負担いただきます。

## 支払い方法

上記（1）及び（2）の利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、15日以内に差し上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の26日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の26日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。
現金払い	サービスを利用した月の翌月請求書発行後から月末までに、現金でお支払いください。

## 9. 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、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	

## 10. 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、担当の地域包括支援センターへ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

### 11. 苦情相談窓口

苦情解決第三者委員事務局	電話番号 042-334-8133 金本真幸 (総務責任者) 平日 8:30~17:30
--------------	---

(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	府中市高齢福祉課	電話番号 042-335-4030
	東京都国民健康保険団体連合会	電話番号 03-6238-0177

### 12. 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 医療行為及び医療補助行為
  - 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地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

### 13. 虐待の防止のための措置

事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するために次の措置を講ずるものとします。

- (1) 虐待防止指針を掲げそれを基に以下の定める事項の行為を実施する。
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会として虐待防止委員会を設置し、定期的に(年1回以上)開催するとともに、委員会での検討結果を従業者に周知徹底する。
- (3) 従業者に対し、虐待防止のための普及・啓発の研修を定期的に(年1回以上)開催するとともに、新規採用時には必ず実施する。
- (4) 前3項を適切に実施するための専任責任者を設置する

2 事業所は、利用者の人格を尊重する視点に立ったサービスに努め、また虐待防止に必要な措置を講じるとともに、虐待を受けている恐れがある場合は速やかに区市町村及び管轄の居宅介護支援事業所、高齢者支援センターに報告する。

#### 14. 業務継続計画の策定等

(1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護事業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（以下「業務継続計画」という。）従い必要な措置を講じるものとする。

(2) 事業者は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。

(3) 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとする。

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 〒183-0035  
東京都府中市四谷 3-66  
法人名 社会福祉法人正吉福祉会  
代表者名 理事長 櫻井 千馨 印  
事業者名 ホームヘルパーステーションよつや苑  
説明者名 印

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。

利用者 住所  
氏名

保証人（又は法定代理人）  
住所  
本人との続柄  
氏名

市基準型訪問サービス

料金表

〇〇〇正吉苑

1. 基本料金

3割負担  
単位 円/回

1か月の利用回数	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額(1割)
週1回の利用	990	10,939	3,282
週2回の利用	1,977	21,845	6,554
週3回以上の利用	3,138	34,674	10,403

注: 同一建物に対する減算に該当する場合 上記単位数の10%減

注: 月の途中での契約の際は、日割り計算になります

介護職員等特定処遇改善加算

項目		単位数	
介護職員等処遇改善加算(I)	イ	(支給限度管理の対象外)	所定単位数の27.0%を加算
	ロ		所定単位数の28.7%を加算
介護職員等処遇改善加算(II)	イ		所定単位数の24.9%を加算
	ロ		所定単位数の26.6%を加算
介護職員等処遇改善加算(III)			所定単位数の20.7%を加算
介護職員等処遇改善加算(IV)			所定単位数の17.0%を加算

<実績による加算>

項目	加算要件	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額(1割)
初回加算	初回訪問月にサービス提供責任者が訪問した場合	+200	2,210	663

令和8年6月1日 現在

事業所名 ホームヘルパーステーション〇〇正吉苑

説明者 氏名

私は、本書面により、事業者から訪問介護事業についての料金の説明を受け、上記の内容に同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名

代理人氏名 続柄( )

市基準型訪問サービス

料金表

〇〇〇正吉苑

1. 基本料金

2割負担  
単位 円/回

1か月の利用回数	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額(1割)
週1回の利用	990	10,939	2,188
週2回の利用	1,977	21,845	4,369
週3回以上の利用	3,138	34,674	6,935

注:同一建物に対する減算に該当する場合

上記単位数の10%減

注:月の途中での契約の際は、日割り計算になります

介護職員等特定処遇改善加算

項目		単位数	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	イ	(支給限度管理 の対象外)	所定単位数の27.0%を加算
	ロ		所定単位数の28.7%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	イ		所定単位数の24.9%を加算
	ロ		所定単位数の26.6%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)			所定単位数の20.7%を加算
介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)			所定単位数の17.0%を加算

<実績による加算>

項目	加算要件	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額(1割)
初回加算	初回訪問月にサービス提供責任者が訪問した場合	+200	2,210	442

令和8年6月1日 現在

事業所名 ホームヘルパーステーション〇〇正吉苑

説明者 氏名

私は、本書面により、事業者から訪問介護事業についての料金の説明を受け、上記の内容に同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名

代理人氏名 続柄( )

市基準型訪問サービス

料金表

〇〇〇正吉苑

1. 基本料金

1割負担  
単位 円/回

1か月の利用回数	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額(1割)
週1回の利用	990	10,939	1,094
週2回の利用	1,977	21,845	2,185
週3回以上の利用	3,138	34,674	3,468

注: 同一建物に対する減算に該当する場合 上記単位数の10%減

注: 月の途中での契約の際は、日割り計算になります

介護職員等特定処遇改善加算

項目		単位数	
介護職員等処遇改善加算(I)	イ	(支給限度管理 の対象外)	所定単位数の27.0%を加算
	ロ		所定単位数の28.7%を加算
介護職員等処遇改善加算(II)	イ		所定単位数の24.9%を加算
	ロ		所定単位数の26.6%を加算
介護職員等処遇改善加算(III)			所定単位数の20.7%を加算
介護職員等処遇改善加算(IV)			所定単位数の17.0%を加算

<実績による加算>

項目	加算要件	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額(1割)
初回加算	初回訪問月にサービス提供責任者が訪問した場合	+200	2,210	221

令和8年6月1日 現在

事業所名 ホームヘルパーステーション〇〇正吉苑

説明者 氏名

私は、本書面により、事業者から訪問介護事業についての料金の説明を受け、上記の内容に同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名

代理人氏名 続柄( )

## 居宅介護 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 042-334-8133 (午前8時30分～午後5時30分まで)  
 担当 サービス提供責任者 中村 広樹  
 ※ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. ホームヘルパーステーションよつや苑の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所番号	第1312900283号 居宅介護
事業所名	ホームヘルパーステーションよつや苑
所在地	〒183-0035 東京都府中市四谷3-66
サービスを提供する地域 ※	府中市、稲城市(大丸)、日野(落川・百草)、多摩市(連光寺一丁目・関戸1～3丁目)、国立市(谷保)

※ 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

管理者	サービス提供責任者	常勤 ホームヘルパー	非常勤 ホームヘルパー	計
1名 (1)	3名 (1)	(0)名 (0)	9名 (0)	10名 (2)

( ) 内は男性再掲

(3) 営業日・営業時間

営業日	月曜日～日曜日(年中無休)
営業時間	8:30～17:30
休日	なし

※ ご相談等は、上記の営業時間にお受けします。

(4) サービスの提供時間帯

	通常時間帯 8:00～18:00	早朝 6:00～8:00	夜間 18:00～22:00	深夜 22:00～6:00	備考
平日	○	○	○	○	
土・日・祭日	○	○	○	○	

※ 時間帯により料金が異なります。

3. サービスの内容

(1) 身体介護

- ①食事介助
- ②入浴介助
- ③排泄介助
- ④清拭
- ⑤体位交換

(2) 家事援助

- ①買い物
- ②調理
- ③掃除

- ④洗濯等
- (3) その他のサービス  
介護等の相談

#### 4. 事業の主たる対象者

事業の主たる対象とする障害の種類を次のように定める。

- (1) 身体障害者（18歳未満の者を除く）
- (2) 知的障害者（18歳未満の者を除く）
- (3) 障害児（18歳未満の身体障害者及び知的障害者）
- (4) 精神障害者（18歳未満の者を含む）

#### 5. 利用料金

##### (1) 介護給付費支給対象サービス利用者負担額

サービスに要した費用の原則1割とします。ただし、区市町村から居宅介護等利用者負担減額の決定を受けている場合は、減額後の額となります。

月額負担上限額については、各区市町村長が定めた額となります。

ただし、利用者の身体的理由により1人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合等であって、同時に2人のヘルパーによってサービスを提供した場合は、2人分の料金をいただきます。

※事業者が利用者に代わり区市町村から受領した介護給付費の額については、利用者に通知します。

##### (2) 交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

##### (3) 取り消し料（キャンセル料）

急なキャンセルの場合は、下記の取り消し料がかかります。

キャンセルが必要になった場合は、至急ご連絡ください。

ご利用の24時間前までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用の24時間前までにご連絡いただかなかった場合	当該基本料金の50%

##### (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必要となる水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者のご負担になります。

##### ②料金の支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、当月末日以内にお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払い方法は、口座自動振替、銀行振込、現金払いの3通りの中からご契約の際に選べます。

#### 6. サービスの利用方法

##### (1) サービスの利用開始

①居宅介護について介護給付費支給決定を受けた方で、当事業者のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡下さい。当事業者のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。

②サービス利用が決定した場合は契約を締結し、居宅介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は介護給付費支給期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者か

ら契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとし  
ます。

- ③居宅介護の提供に当たっては、適切なサービスを提供するために、  
利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サ  
ービスの利用状況等を把握させていただきます。

## (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くだ  
さい。なお、文書は、当方で用意してありますので、必要なときは  
お申しつけください。
- ②当事業者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がある場合、契約を解除し、サービス  
提供を終了させていただくことがあります。この場合、契約を解除  
する日の30日前までに文書で通知します。
- ③当事業者が、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、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、または当事業者が破産した場合、利用者は、文  
書で通知することにより、直ちにこの契約を解除することができます。
- ④利用者が、サービス利用料金の支払を1ヶ月以上遅滞し、料金を支  
払うよう催促したにもかかわらず、15日以内にお支払いいただけ  
ない場合、または利用者やご家族が事業者やサービス従業者に対し  
て本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、事業者は文書  
で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を終了  
させていただくことがあります。

## (3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

- ①利用者が施設に入所した場合（但し、介護保険法による在宅相互利  
用の場合は除く）
- ②居宅介護の介護給付費支給期間が終了し、その後支給決定がない場  
合(所定の期間の経過をもって終了します。)
- ③利用者が亡くなった場合

## 7. 当事業所の特徴

### (1) 運営の方針

在宅生活を送る上で身体的機能や精神的機能の低下により、生活行  
為を自力で成り立たせることが困難な障害者に対し、家族を含めて  
安心、かつ、快適な生活が送れるよう適正な介護を提供します。

24時間365日実施し、必要なサービスを、必要な時に、必要なだけ  
提供することを基本としています。

巡回、スポットおよび滞在的派遣による入浴、排泄、食事の介助そ  
の他の生活全般にわたる充実した援助をはじめ、関係市町村、地域の  
保健、医療、福祉サービス等各分野の専門機関との連携援助といっ  
たチームケアを実践することで、利用者の有する能力に応じた自立  
した生活、可能な限り住み慣れた地域での生活が続けられるよう援

助します。特に、訪問看護ステーションとの連携を深め、統一した利用者接遇の充実を図ります。

(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	有	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	有	
採用時の研修の実施	有	入職後1ヶ月以内に実施しています
従業者への研修の実施	有	年4回実施しています
サービスマニュアルの作成	有	
その他		

8. 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合は、主治医、救急隊、親族、市障害福祉課、居宅介護支援事業者に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

9. 事故発生時の対応

居宅介護の提供により事故が発生した場合は、速やかに区市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。また、賠償すべき事故については、損害賠償を速やかに行います。

<緊急時・事故発生時の連絡先>

主治医	病院・診療所名	
	医師氏名(科目)	( )
	住所	
	電話番号	
ご家族等	氏名(続柄)	( )
	電話番号	
	勤務先又は携帯番号	

10. 虐待の防止のための措置

当事業所は、利用者の人格を尊重する視点に立ったサービスに努め、また虐待の防止に必要な措置を講じるとともに、虐待を受けている恐れがある場合は、ただちに防止策を講じ区市町村へ報告します。

11. 身体拘束等の禁止

- (1) 施設障害福祉サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下「身体拘束等」という。)を行いません。
- (2) やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録します。

- (3) 身体拘束等の適正化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。
- (4) 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
- (5) 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための普及・啓発の研修を定期的に（年1回以上開催するとともに、新規採用時には必ず実施します）。

## 12. 業務継続計画の策定等

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護事業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（以下「業務継続計画」という。）従い必要な措置を講じるものとします。
- (2) 事業者は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとします。
- (3) 事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

## 13. サービス内容に関する相談・苦情

- (1) 苦情解決責任者 渡邊 義洋

電話 042-334-8133

※受付は平日の8:30~17:30（不在の場合がありますので来苑を希望される方も予め電話でご連絡をお願いします。）

- (2) チームマネージャー 中村 広樹

電話 042-334-8133

※受付は平日の8:30~17:30（不在の場合がありますので来苑を希望される方も予め電話でご連絡をお願いします。）

- (3) 在宅サービスグループ 小沼 敬夫

電話 042-334-8133

※受付は平日の8:30~17:30（不在の場合がありますので来苑を希望される方も予め電話でご連絡をお願いします。）

- (4) 苦情解決第三者委員会 金本 真幸

電話 042-334-8133

※受付は平日の8:30~17:30（不在の場合がありますので来苑を希望される方も予め電話でご連絡をお願いします。）

- (5) その他

自治体

府中市福祉保健部障害者福祉課援護担当

電話 042-335-4962

受付時間 平日 8:30~17:15

東京都社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」

担当部署 東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会事務局

電話 03-3268-1148

受付時間 平日（月～金） 9:00~17:00

14. 当法人の概要

別紙「当法人の概要」をご参照ください。

令和 年 月 日

居宅介護等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

所在地 〒206-0823 東京都稲城市平尾 1127 番地 1  
名称 社会福祉法人正吉福祉会  
代表者 理事長 櫻井 千馨 印

3

住所 東京都府中市四谷 3-6-6  
事業所名 ホームヘルパーステーションよつや苑  
説明者 所属 訪問介護チーム  
氏名 印

私は、契約書および本書面により、これからサービスを受ける居宅介護の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

利用者 住所  
氏名 印

保証人 住所  
氏名 印

続柄

## 居宅介護

### 料金表

ホームヘルパーステーションよつや苑

#### 1. 基本料金

単位 円/回

時間区分	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額(1割)
30分未満	255	2,779	278
30分～1時間未満	402	4,381	439
1時間～1時間30分未満	584	6,365	637

#### 生活援助

時間区分	(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額(1割)
30分未満	105	1,144	115
30分以上45分未満	152	1,656	166
45分以上1時間未満	196	2,136	214

\* 上表の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、支援計画に定められた目安の時間を基準とします。

注: 初任者研修課程修了者が作成した居宅介護計画に基づき提供する場合

上記単位数の70%減

注: 同一建物に対する減算に該当する場合

上記単位数の10%減

※ 早朝(午前6時～8時) 夜間(午後6時～10時)

上記単位数の25%増

※ 深夜(午後10時～午前6時)

上記単位数の50%増

※ 訪問介護員2名派遣の場合

上記単位数×200/100

令和3年4月1日 現在

事業所名 ホームヘルパーステーションよつや苑

説明者 氏名

私は、本書面により、事業者から障害支援についての料金の説明を受け、上記の内容に同意いたします。

令和 年 月 日

利用者氏名

代理人氏名 続柄( )