

# 重要事項説明書

令和 7年 8月 1日 現在

## 1 安心ほっとサービスとは

安心ほっとサービスは、介護保険の訪問介護サービスではサポートが難しい部分をお手伝いし、またご利用者・ご家族のニーズに合わせてご利用者の日常生活を支援するサービスです。なお、介護保険対象のサービスを併用される方は下記のことをご了承ください。

- ・安心ほっとサービスは介護保険対象のサービスではありませんので、提供したサービスを介護保険対象のサービスに振り替えることはできません。
- ・安心ほっとサービスが介護支援専門員の作成する居宅サービス計画に計画されている場合は、当サービスの提供にあたり、介護支援専門員および関連保健医療サービス、福祉サービス担当者と密接な連携に努めます。

## 2 あきる台ケアサービスの概要

### (1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名	訪問介護事業所 あきる台ケアサービス
所在地	〒197-0828 東京都あきる野市秋留1丁目1番10
介護保険指定番号	訪問介護 東京都1375200308号
サービスを提供する地域	あきる野市 日の出町 羽村市（玉川、羽東、川崎） 福生市（北田園、南田園、加美平3丁目、福生、本町、志茂） 八王子市（高月町、戸吹町） ※羽村市、福生市は、JR 青梅線東側を除く。 ※上記地域以外にお住いで、ご希望の方はご相談ください。

### (2) サービスの提供時間

営業日・・・月曜日 ～ 土曜日（ただし、12月29日から1月3日を除く）

営業時間・・・午前9時 ～ 午後5時

サービス提供時間 午前8時 ～ 午後6時

## 4 安心ほっとサービスの内容

### (1) 身体に関するサービス

- ・食事 →食事摂取の介助・嚥下、誤嚥への対応・咀嚼の見守り・誘導・水分補給 等
- ・入浴 →部分入浴(手足浴)・髭剃り・整髪・口腔内洗浄(歯磨き等)・洗顔・爪切り 等
- ・排泄 →トイレ、ポータブルトイレ誘導・衣類着脱介助・オムツ、パット交換 等
- ・清拭 →全身、部分、陰部（皮膚疾患の有無の確認） 等
- ・体位交換→寝たきりの方の寝返り介助 等

- ・外出 →散歩・買物等の付き添い介助 等
- ・通院同行→病院受診の同行介助（受診・付添い介助等）
- ・見守り →ご家族外出時の長時間の見守りの援助 等
- ・その他

(2) 家事に関するサービス

- ・買物 →食生活・嗜好品の把握・買物の代行 等
- ・調理 →栄養バランスを考えた献立・食事形態の調整・配膳、後片付け 等
- ・掃除 →室内清掃・雑巾がけ・室内の整理整頓・ベッドメイキング 等
- ・洗濯 →衣類の洗濯（洗淨・干し・乾燥等）・後片付け 等
- ・その他

(3) 上記の範囲外の家事など【割り増し料金】

- ・大掃除
- ・屋外清掃
- ・その他

## 5 利用料金

(1) 利用料

【基本料金・昼間】（訪問介護員 1 名、1 時間あたり）

利用料金 前項 4 参照	(1) 身体に関するサービス	2, 500円
	(2) 家事に関するサービス	2, 200円
	(3) 上記の範囲外の家事など	2, 500円
	(4) 1 時間を超え、以後 30 分 ごとのサービス料金	(1)、(3)・・・1,250円 (2)・・・1,100円

- ・1 時間を超える場合は、以後 30 分ごとのサービス料金が加算されます。
- ・基本料金に対して、早朝（6：00～8：00）夜間（18：00～22：00）は25%増しとなり、深夜（22：00～6：00）は50%増しとなります。
- ・やむを得ない事情で（ご利用者の身体的理由により）1 人の従業者だけでは困難と認められる場合、かつ、ご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。

(2) 交通費

前記 3 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、訪問介護員がお訪ねするための交通費の実費が必要です。

自動車を利用した場合の交通費は、以下の額を徴収します。

通常の実施地域を超えた地点から 1 キロメートル当たり 100 円

なお、駐車料金、タクシーを利用した場合は、その実費額とします。

(3) キャンセル料

ご利用者のご都合でサービス中止する場合、下記のキャンセル料がかかります。  
キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

【 連絡先 042-559-1320 】

① ご利用の前日までのご連絡の場合	無料
② ご利用の当日のご連絡の場合	当該基本料金の10%
③ ご利用までに連絡がない場合	当該基本料金の50%

(4) その他

①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、ガス・水道・電気等の費用は、ご利用者負担になります。

②次のような場合の費用については、ご利用者の負担となります。

- ・訪問介護員が付添い交通機関を利用して外出するときの訪問介護員の交通費
- ・ご利用者から依頼された用件で訪問介護員が交通機関を利用して外出したときにかかった訪問介護員の交通費
- ・緊急時にご利用者・ご家族に代わって使用した電話代金・交通費

③料金の支払方法

毎月15日以降に前月分の請求を致しますので、同月末日以内に下記の方法にてお支払ください。お支払頂きますと、領収書を発行いたします。

- 1) ご利用者ご指定の金融機関口座より請求書発行月の28日に引落
- 2) 集金

④解約時の支払方法

上記の「③料金の支払方法」と同様です。

6 安心ほっとサービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話でお申し込みください。当事業所担当職員がお伺いします。

(2) サービスの利用にあたっての留意事項

①ご利用者が訪問介護員の交代を希望される場合には、できる限り対応しますのでサービス受付担当者までご相談ください。

②訪問介護員は、医療行為や年金等の金銭の取り扱い行為は致しかねますのでご了承ください。

※買物等に伴う金銭の取り扱いは可能です。

③ご利用者の病院等受診の同行介助におきましては、訪問介護員による自車送迎は、行っ

ておりません。

③訪問介護員に対する贈答や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

④悪天候の場合(台風・雪等)、やむを得ず訪問の中止又は、延期させて頂く事もあります。

### (3) 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週間前までに文書でお申し出ください。

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、終了日の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、双方の通知無くとも自動的にサービスを終了いたします。

- 1) サービスのご利用が1年以上なかった場合
- 2) ご利用者の転居により、事業者によるサービス提供が困難になった場合
- 3) ご利用者が死亡した場合

④その他

- 1) 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、ご利用者やその家族等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。
- 2) ご利用者やその家族等が、当事業所サービス従事者に対して本契約を継続し難いほどの多大な迷惑をかけた場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了とさせていただきます。

## 7 緊急時の対応方法

ご利用者がサービスの提供中に容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・ご家族(親族)・その他等へ連絡致します。

主治医	医療機関の名称 担当医師 電話番号	
緊急連絡先 (ご家族等)	氏名(続柄) 電話番号	
その他		

## 8 サービス内容に関する相談、苦情等

(1) サービス提供に係る利用者及び、家族等からの相談や苦情に迅速かつ適切に対応するために必要な措置を講じます。

(2) 利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

事業所窓口 あきる台ケアサービス

電話番号 042-559-1320

受付時間 月曜日～金曜日 午前9時～午後5時

(3) 当事業所以外の機関にも申し立てることができます。

あきる野市役所 高齢者支援課 代表電話 042-558-1111

日の出町役場 いきいき健康課 代表電話 042-597-0511

羽村市役所 高齢者支援課 代表番号 042-555-1111

福生市役所 介護保険課 代表番号 042-551-1764

八王子市役所 高齢者福祉科 代表番号 042-626-3111

東京都国民健康保険団体連合会 苦情・相談専用ダイヤル03-6238-0177

東京都福祉局高齢者施策推進部 相談窓口 03-5320-4597

(午前9時～午後5時まで 土曜日・日曜日・祝日・年末年始は除く)

以上、契約書ならびに重要事項説明を証するため、本書2通を作成し、ご利用者が署名・押印の上、1通ずつ保有するものとします。

また、安心ほっとサービスの提供開始にあたり、ご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。

契約締結日 令和 年 月 日

事業者

〈事業者名〉 指定訪問介護事業所 あきる台ケアサービス

〈所在地〉 東京都あきる野市秋留 1丁目1番10

〈代表者名〉 医療法人財団 暁

理事長 井村 洋一 印

説明者 氏名 印

私は、契約書および本書面により、事業所から安心ほっとサービスについての重要事項の説明を受け受領しました。

ご利用者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

上記代理人（代理人を選任した場合）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）