指定訪問介護及び介護予防訪問介護相当事業

重要事項説明書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

最終改定日　令和７年８月 20 日

株式会社　ケアあおもり
ヘルパーステーション　きらら
〒０３０－０９６２
青森市佃１丁目２２－３
電　話　０１７－７４２－５２５２
ＦＡＸ　０１７－７１８－７９７７

指定訪問介護及び介護予防訪問介護相当事業の重要事項説明書

ヘルパーステーション　きらら

１　ヘルパーステーション　きららの概要

（１） 事業所の概要

事業所名	ヘルパーステーション　きらら
所在地	青森市佃１丁目２２－３
電話番号	０１７－７４２－５２５２
ＦＡＸ番号	０１７－７１８－７９７７
介護保険事業所番号	０２７０１０４６７２
サービスを提供できる地域	青森市

※上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

（２） 当事業所の職員体制

職名	資格	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	合計	業務内容
管理者	介護福祉士		１名		１名	業務の管理を一元的に行う
サービス提供責任者	介護福祉士	１名			１名	利用者調整、技術指導 計画作成
訪問介護従事者	介護福祉士 看護師 実務者研修終了者 介護初任者研修			８名 ３名 ２名 １名	８名 ３名 ２名 １名	指定訪問介護 介護予防訪問介護相当事業
運転手				１名	１名	
合計		１名	１名	15名	17名	

勤務体制	９時００分～１８時００分

（３） サービスの提供日・サービスの提供時間

① サービスの提供日　　：日・月・火・水・木・金・土・祝日
② サービスの提供時間　：２４時間
③ 営業時間　　：９：００～１８：００
④ 電話により、２４時間常時連絡が可能な体制とします。

2　当事業所の指定訪問介護及び介護予防訪問介護相当事業の特徴等

（1）事業の目的及び運営の方針

(事業の目的)

当事業所が行う指定訪問介護及び介護予防訪問介護相当事業の事業は、高齢者が要介護状態又は要支援状態等となった場合においても、入浴、排せつ、食事の介護その他の日常生活にわたる援助を行うことにより、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に支援することを目的とします。

(運営の方針)

① 指定訪問介護及び介護予防訪問介護相当事業は、利用者の要介護状態の軽減若しくは、悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、その目的を設定し、計画的に行うものとします。

② 自らその提供する指定訪問介護及び介護予防訪問介護相当事業の質の評価を行い、常にその改善を図るものとします。

③ 指定訪問介護及び介護予防訪問介護相当事業の提供に当たっては、訪問介護計画及び介護予防訪問介護計画に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な援助を行います。

④ 指定訪問介護及び介護予防訪問介護相当事業の提供に当たっては、親切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について、理解しやすいように説明を行います。

⑤ 介護予防訪問介護相当事業において、介護予防訪問介護計画の作成後は、当該介護予防訪問介護計画の実施状況の把握（モニタリング）を行い、モニタリング結果を介護予防支援相当事業者に報告するものとします。

⑥ 指定訪問介護及び介護予防訪問介護相当事業の提供に当たっては、介護技術の進歩に対応し、適切な介護技術をもってサービスの提供を行います。

⑦ 常に利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言を行います。

⑧ 事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じるものとします。

⑨ 指定訪問介護の提供にあたっては、介護保険法第 118 条の２第１項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めるものとします。

（1） サービス利用のために

事項	備考
ホームヘルパーの変更	変更を希望される方はお申し出ください
男性ヘルパー	男性ヘルパーを希望される場合は、お申し出ください
従業員への研修の実施	採用後１ヶ月以内・継続研修年２回以上実施します

サービスマニュアル	サービスマニュアルに添った適切なサービスを提供します

3　サービス内容

（1） 訪問介護

① 身体介護（要介護１～５の方）

食事介助	食事を行う為の準備、食事状態の観察、食事の確認、摂取行為の援助、食後の下膳、食事の観察、摂取状態や摂取量の記録
入浴介助	入浴前の浴室の観察、体調把握と入浴の観察、浴室・脱衣所から居室までの移動の援助、着衣更衣の援助、洗体援助、浴槽移動の援助、浴槽内の姿勢保持、体拭取り援助、入浴後の状態観察、入浴援助の記録
排せつ介助	汚染の有無の確認、排せつ希望の確認、トイレ又はポータブルトイレの移動・移乗の援助、排せつ行為の援助、後始末の援助、トイレ又はポータブルトイレの洗浄、汚染時の清拭・洗浄、汚染した衣類の交換と後始末、排せつ確認の記録
通院介助	通院の際の介助、通院介助の記録
更衣介助	脱衣する更衣の環境の整理、脱衣更衣の順序の説明、脱衣の確認、脱衣した衣類の整理、脱衣前から脱衣終了までの状態観察、着衣となる衣類の準備と確認、着衣更衣の順序の説明、衣類の確認、着衣前から着衣後までの利用者の状態観察
起居就寝介助	臥位状態の確認、起居動作の説明、起居の説明、臥位状態の観察、座位又は立位状態の観察、就寝への動作の説明、就寝動作、就寝動作の観察
ベットサイド	おむつ交換、体位交換、ベットメイク、身体清拭、整容援助
その他	必要な身体介助

② 生活援助（要介護１～５の方）

買い物	買い物の確認、実施の確認、利用者の買い物に対する意欲の確認、買い物内容の把握と確認、金銭授受に対する手続きとその確認、代用品の確認、特定品の確認、買い物、購入品の確認、金銭収支の計算と記録、買い物状態の観察、レシート・領収書の特定場所への保管
調理	献立の確認、実施の確認、利用者の食事に対する意欲の把握、一連の調理の流れの把握と説明、調理の準備、調理の実施、できあがった食事の保管、調理に使用した器具の洗浄と整理、使用した食材料の残りの保管整理、ゴミの整理、調理場の清掃
洗濯	洗濯の確認、実施の確認、利用者の洗濯に対する意欲の把握、利用者の洗濯物の選別、洗濯、洗濯物の脱水と干し、乾いた洗濯物の取り込み、洗濯物の整理、アイロンの必要な洗濯物のアイロンかけ、洗濯場所、物干し場所、整理場所の後片付けの確認
清掃	掃除の確認、実施の確認、利用者の掃除に対する意欲の把握、掃除内

	容の把握と確認、掃除道具の確認、掃除、掃除の後片付け、ゴミの処理、掃除場所の後片付けの確認
その他	関係機関への連絡など必要な介助

③ 通院等乗降介助（要介護１～５の方）

車両への乗車・降車の介助、乗車前後の屋内外での移動等の介助、通院先・外出先での受診などの手続き・移動などの介助。

④ 一般乗用旅客自動車運送事業（福祉運送限定）サービス

自家用自動車有償運送サービス（要介護１～５の方）

定額運賃は、発地、着地のいずれもが青森市内（旧浪岡地区を除く）の場合の運賃とします。

（２）介護予防訪問介護相当事業（事業対象者・要支援１・２の方）

自立支援を目的とした「身体介護」や「生活援助」等を行います。

ご自身ができることはご自身で行って頂くことを基本とし、出来ない部分や困難な部分をご利用者様と一緒に行います。

（３）訪問介護員の禁止行為

指定訪問介護、介護予防訪問介護相当事業はサービスの提供にあたり次の行為は行いません。

① 医療行為
② 利用者又は家族からの金銭、預金通帳、証書、書類などの預かり
③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
④ 利用者の同居家族に対するサービス提供
⑤ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供（大掃除、庭掃除など）
⑥ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
⑦ 利用者又は家族に対し行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

４　利用料金

（１） 利用料

① 訪問介護

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、介護保険負担割合証の利用者負担の割合によります。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。

平常時間帯（午前８時から午後６時）までの料金は次のとおりです。

	区分	介護保険金額	１割負担	２割負担	３割負担
	①　２０分未満	１，６３０円	１６３円	３２６円	４８９円

身体介護	(身体介護０１)				
	② ２０分以上３０分未満(身体介護１)	２，４４０円	２４４円	４８８円	７３２円
	③ ３０分以上１時間未満(身体介護２)	３，８７０円	３８７円	７７４円	１１６１円
	④ １時間以上１時間３０分未満(身体介護３)	５，６７０円 身体介護３０分増すごとに８２０円加算となります。	５６７円 ８2円	１１３４円 １６４円	１７０１円 ２４６円
	身体介護②～④に引き続き生活援助を行った場合は、下記を合算した料金になります。 ２０分以上４５分未満（身体+生活１） ４５分以上７０分未満(身体+生活２) ７０分以上（身体+生活３）	 ６５０円 １３００円 １９５０円	 ６５円 １３０円 １９５円	 １３０円 ２６０円 ３９０円	 １９５円 ３９０円 ５８５円
生活援助	２０分以上４５分未満(生活援助２)	１７９０円	１７９円	３５８円	５３７円
	４５分以上(生活援助３)	２２００円	２２０円	４４０円	６６０円
通院等乗降介助		１回（片道）につき９７０円	９７円	１９４円	２９１円
※ 初回加算……２，０００円 新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら指定訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が指定訪問介護を行う際に同行訪問した場合			２００円	４００円	６００円
※ 緊急時訪問介護加算……１，０００円			１００円	２００円	３００円

利用者やその家族等から要請を受けて、２４時間以内にサービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り、ケアマネジャーが必要と認めたときに、サービス提供責任者又はその他の訪問介護等が居宅サービス計画にない（身体介護）を行った場合			
※　介護職員等処遇改善加算Ⅱ 利用料合計×２２４／１０００	１０％	２０％	３０％
※　特別地域訪問介護加算 利用料合計×１５／１０００ （特別地域訪問介護加算での利用料合計は、初回加算、緊急時訪問介護加算は除きます。） 厚生労働大臣が定める地域にある訪問介護事業所のため適用	１０％	２０％	３０％

※基本料金に対してサービスの提供開始時間が早朝（午前６時～午前８時）・夜間（午後６時～午後１０時）帯のときは２５％増し、深夜（午後１０時～午前６時）帯は５０％増しとなります。

※上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様のケアプランに定められた時間を基準とします。

※やむお得ない場合で、かつ、お客様の同意を得て２人で訪問した場合は、２人分の料金となります。

●２人の訪問介護従事者でサービスを行う場合（例）

・体重の重い方に対する入浴介助等の重介護サービスを行う場合

・暴力行為などが見られる方へサービスを行う場合

●自家用自動車有償運送サービス（要介護１～５の方）

通院等の為の乗降介助のみの場合　１回　３００円

身体介護を伴う乗降介助の場合　　１回　３００円

② 介護予防訪問介護相当事業

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、介護保険負担割合証の利用者負担の割合によります。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。

	介護保険金額	１割負担	２割負担	３割負担
ア　週１回利用の場合（Ⅰ）	１１，７６０／月	１，１７６月	２，３５２／月	３，５２８／月
イ　週２回利用の場合（Ⅱ）	２３，４９０／月	２，３４９／月	４，６９８／月	７，０４７／月

ウ　週２回を越利用の場合（Ⅲ）	３７，２７０／月	３，７２７／月	７，４５４／月	１１，１８１／月
※　初回加算…２，０００円 新規に介護予防訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回に実施した介護予防訪問介護相当事業と同月内に、サービス提供責任者が、自ら指定介護予防訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が介護予防訪問介護相当事業を行う際に同行訪問した場合。		２００円	４００円	６００円
※　介護職員等処遇改善加算Ⅱ 利用料合計×２２４／１０００		１０％	２０％	３０％
※　特別地域介護予防訪問介護加算 利用料合計×１５／１０００ （特別地域介護予防訪問介護加算での利用料合計は初回加算を除きます） 厚生労働大臣が定める地域にある介護予防訪問介護事業所のため適用		１０％	２０％	３０％

（２）交通費

サービスを提供できる地域にお住まいの方、地域外の方も無料です。

（３）その他

ア　お客様の住まいで、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、お客様のご負担となります。

イ　料金の支払方法

毎月１０日までに前月分の請求を致しますので、２５日までにお支払いください。お支払頂きますと領収書を発行致します。

（お支払の方法は、事業所への持参・口座引落）の中から選べます。

５　サービスの利用方法

（１）　サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

※居宅サービス計画（ケアプラン）又は介護予防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

ア　お客様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週間前までにお申し出ください。

イ　当事業所の都合でサービスを終了する場合、人員不足等やむお得ない事情によ

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します。

ウ　利用者が介護サービス計画書にないサービスを要求して、事業者の再三の説明にもかかわらず改善の見込みがない場合は、文書により７日前の予告を告げ介護サービスを終了させて頂きます。

エ　自動終了

以下の場合は、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。

・お客様が介護保険施設等に入所した場合。

・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合。

・お客様が亡くなった場合

オ　お客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従事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　サービス内容に関する苦情

（１）　当事業所のお客様相談・苦情窓口

担当者　：福井真美子

電　話　：０１７－７４２－５２５２

ＦＡＸ　：０１７－７１８－７９７７

受付日　：月曜日～金曜日

受付時間：午前９時００分～午後６時００分

（その他の時間は転送電話により２４時間連絡が可能な体制をとります。）

（２）　苦情対応システムは（別紙１）の通りです。

（３）　その他

当事業所以外に、お住まいの市町村又は青森県健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

ア　青森市介護保険課

電　話　：０１７－７３４－５２５７

受付時間：８：３０～１８：００

イ　青森県国民健康保険団体連合会（苦情処理委員会）

電　話　：０１７－７２３－１３０１

受付時間：９：００～１６：００

７　虐待防止に関する事項

（１）事業所は、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次の措置

を講ずるものとします。

① 虐待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します。）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

② 虐待防止のための指針の整備

③ 虐待を防止するための従業者に対する定期的な研修の実施

④前３号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置

虐待防止対応責任者　福井真美子

（2）事業所は、サービス提供中に当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとします。

８　衛生管理等

（1）事業所は、訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めるものとします。

（2）事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

① 事業所における感染症の予防及びまん延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します。）をおおむね６月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

② 事業所における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。

③ 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に行います。

９　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、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治医	医療機関名		担　当　医	
	住　　所		電話番号	
ご家族	氏　　名		続　　柄	
	住　　所		電話番号	

１０　事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し緊急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者のお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。（当事業所は、日本興亜損害保険株式会社と契約を結んでおります。）

１１　個人情報の保護

事業所は、利用者又は家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いが策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとします。

また、事業者が得た利用者又は家族の個人情報については、事業者での介護サービス提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については利用者又は家族の同意を、あらかじめ書面により得るものとします。

１２　秘密の保持について

（１）　当事業所の従事者及び従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。

（２）　当該事業所の従業者及び従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らすことがないよう、従業者である間及び従業者でなくなった後においてもこれらの者の秘密を保持する旨を従業者との雇用契約の内容とするものです。

（３）　事業者では、利用者の医療上緊急の必要がある場合、または、サービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲で利用者又はご家族の個人情報を用います。（別紙２）

１３　　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〔指定介護予防訪問介護相当事業〕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。」）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。

（２）事業所は、従業者に対し、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します。

（３）事業所は、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。

１４　地域との連携等

事業所は、指定訪問介護事業所の所在する建物と同一の建物に居住する利用者以外の者に対しても指定訪問介護の提供を行うよう努めるものとします。

１５　身体拘束

事業所は、当該利用者又は他の利用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、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行いません。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を記録するものとします。

以下余白

（別紙１）　　利用者から苦情を処理するために講ずる措置の概要

事業所名又は施設名	ヘルパーステーション　きらら
サービスの種類	指定居宅サービス（指定訪問介護・介護予防訪問介護相当事業）

措　　置　　の　　概　　要

苦情対応システム

ヘルパーステーション　きらら

サービス利用者

苦情（受付）

当事業所のお客様相談・苦情窓口
電　話：０１７－７４２－５２５２
ＦＡＸ：０１７－７１８－７９７７
受付日：月曜日～金曜日
受付時間：午前９時００分～午後６時００分
担当者：福井真美子
※当事業所以外に、お住まいの市町村及び青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口に苦情を伝えることができます。
※青森市介護保険課　　☎０１７－７３４－５２５７
※青森県国民健康保険団体連合会☎０１７－７２３－１３０１

【事実確認】（管理者）
【要因分析】（管理者）
【対応の検討】（管理者・全職員）
【対応方法の決定】（管理者）
【実践】
【効果確認】
【対応マニュアル反映】
【サービスの質向上・経営改善】（全職員）

説明・話し合い

【対応困難】

指導

保険者（市町村）
国保連

サービス

（別紙２）

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

１　使用目的

（１）　介護サービスの提供を受けるにあたって、居宅介護支援事業者又は地域包括支援センターと介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。

（２）　上記（１）の外、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター又は介護サービス事業者との連絡調整の必要な場合。

（３）　現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

２　個人情報を提供する事業所

（１）　居宅サービス計画又は介護予防サービス計画に掲載されている介護サービス事業所。

（２）　病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合)。

３　使用する期間

サービスの提供を受けている期間

４　使用する条件

（１）　個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の物に漏れることのないように細心の注意を払う。

（２）　個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

以上

ヘルパーステーションきらら
サービス利用開始同意書

指定訪問介護・介護予防訪問介護相当事業の提供開始にあたり、本書面に基づいて、重要事項の内容に関して＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　に説明いたしました。

説明日　令和　　8 年　　1 月　　15 日

【事業者】

所　在　地	〒０３０－０９６５ 青森市松森 3 丁目 17 番 11 号
事業者（法人）名	株式会社　ケアあおもり
代　表　者　名	代表取締役　安田　真弥
事　業　所　名	ヘルパーステーション　きらら
電話番号	０１７－７１８－２７２２
説明者	福井　真美子

私は、本書面により、事業者から指定訪問介護・介護予防訪問介護相当事業についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

同意日　令和　　年　　月　　日

【利用者】住　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【代理人】住　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続　柄＿＿＿＿＿＿

連絡先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿