（株）しらかみ長寿の里　ヘルパーステーションまつばら

指定訪問介護重要事項説明書
介護予防・日常生活支援総合事業重要事項説明書

＜ 令和　8年　4月　 1日　現在＞

１　当社が提供するサービスについての相談窓口

電話　0185－74－5302

担当　金谷　智子　・　矢越　伸子

２　事業所の概要

（1）提供できるサービスの種類と地域

事　業　所　名	ヘルパーステーションまつばら
所　　在　　地	秋田県能代市落合字古悪土1－217
介護保険指定番号	0570217398
サービスを提供する対象地域	能代市

（2）事業所の職員体制

		資格	常勤	非常勤	業　務　内　容	計
管理者 サービス提供責任者兼務		ヘルパー2級 介護員基礎研修	1名		事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、自らも訪問介護の提供にあたる。	
サービス提供責任者		実務者研修終了	1名			
					利用者及び家族からの相談に応じ、職員に対する技術指導、事業計画の作成関係機関との調整を行う。	2名
介護員	初任者研修修了			4名	訪問介護サービスの提供	
	介護福祉士		名	1名		6名
	その他、兼務		名	名		名

（3）営業日及び営業時間

営　業　日	月曜～日曜日
サービス提供時間	午前 7 ： 00分 ～ 午後 8 ： 00分

※ 連絡先　0185－74－5302

3　サービス内容

・居宅サービス計画（ケアプラン）に基づいて訪問計画を作成し提供いたします

（1）身体介護

・起床介助　・就寝介助　・排泄介助　・　衣服の着脱　・　整容介助　・清拭、
・洗髪・入浴介助・体位交換・服薬管理・通院等介助　・その他必要な身体介護

（2）生活援助

・調理・洗濯・補修・住居の掃除・整理整頓・生活必需品の買い物・薬の受け取り
・診察券出し・ゴミ出し・受診代行・その他必要な日常生活に関する家事

4　料金

（1）指定介護訪問利用料金

①通常時間（午前7時～午後8時）

(1)－①　1割負担の場合

サービス提供時間	20分以上～30分未満	20分以上～1時間未満	1時間以上～1時間30分	1時間30分～30分増すごとに
身体介護	244円	387円	567円	82円
	20分未満体制の163円となります			
サービス提供時間	20分以上～45分未満	45分以上～59分まで	身体介護に引き続き生活援助を行う場合所要時間が20分から起算して25分を増すごとに＋65円	
生活援助	179円	220円		

(1)－②早朝(午前7:00～午後8:00)

通常時間の料金に25／100の料金が加算されます。

(1)－③初回加算　200/月　　（1）－④　緊急訪問加算　　100円／回

(1)－⑤　介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)　　所定単位×224/1000　（1か月につき）

（2）－①　2割負担の場合

サービス提供時間	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	1時間30分～30分増すごとに
身体介護	488円	774円	1134円	164円
	20分未満体制の326円となります			
サービス提供時間	20分以上～45分未満	45分以上～59分まで	身体介護に引き続き生活援助を行う場合所要時間が20分から起算して25分を増すごとに＋134円	
生活援助	358円	440円		

（2）－②早朝（午前7時～8時）

・通常時間の料金に25／100の料金が加算されます。

（2）－③　初回加算　200円／月　　（2）－④　緊急訪問加算　　100円／回×2

(1)－⑤　介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)　所定単位×224/1000　(1か月につき)×2

（3）－①　3割負担の場合

サービス提供時間	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	1時間30分～30分増すごとに
身体介護	732円	1.161円	1701円	246円
	20分未満体制の246円となります			
サービス提供時間	20分以上～45分未満	45分以上～59分まで	身体介護に引き続き生活援助を行う場合所要時間が20分から起算して25分を増すごとに＋ 195 円	
生活援助	537円	1161円		

（3）－②早朝（午前7時～8時）

・通常時間の料金に25／100の料金が加算されます。

(3)－③ 初回加算 200円／月×3　(3)－④ 緊急訪問加算 100円/回×3

(1)－⑤ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位×224/1000 (1か月につき)×3

介護予防で、要支援1・要支援2と日常生活支援総合事業対象者と判定された方の利用料金は下記の通りとなります。

② 介護予防・日常生活支援総合事業利用料金

(1)－① 1割負担の場合

要支援度	基本料金	1ヶ月あたりの自己負担
事業対象者	ヘルパー週1回の訪問	1，176円
	ヘルパー週2回の訪問	2，349円
要支援1・2	ヘルパー週1回の訪問	1，176円
要支援1・2	ヘルパー週2回の訪問	2，349円
要支援1・2	ヘルパー週3回の訪問	3，727円

(1)－② 初回加算 200円/月

(1)－⑤ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位×224/1000 (1か月につき)

(2)－① 2割負担の場合

要支援度	基本料金	1ヶ月あたりの自己負担
事業対象者	ヘルパー週1回の訪問	2，352円
	ヘルパー週2回の訪問	4，698円
要支援1・2	ヘルパー週1回の訪問	2，352円
要支援1.・2	ヘルパー週2回の訪問	4，698円
要支援1・2	ヘルパー週3回の訪問	7，454円

(1)－② 初回加算 200円/月×2

(1)－⑤ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) 所定単位×224/1000 (1か月につき)×2

(3)－① 3割負担の場合

要支援度	基本料金	1ヶ月あたりの自己負担
事業対象者	ヘルパー週1回の訪問	3，528円
	ヘルパー週2回の訪問	7，056円
要支援1.2	ヘルパー週1回の訪問	3，528円
要支援1.2	ヘルパー週2回の訪問	7，056円
要支援1・2	ヘルパー週3回の訪問	10，584円

（3)－② 初回加算　200円／月×3

（1)－⑤ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)　所定単位×224/1000 （1か月につき）×3

（2） 支払い方法

サービス利用月の翌月 15日までに請求書を お渡しいたしますので、
月末まで 現金もしくは振込にてお支払いいただきます。
お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。
サービス利用月の翌月 15日までに請求書を お渡しいたしますので、

5　サービスの利用方法

（1） サービスの利用開始

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

（2） サービス利用契約の終了

① お客様のご都合でサービス利用契約を終了する場合

サービスの終了を希望する日の2週間前までに文書でお申し出ください。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

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1ヶ月前までに文書で通知させていただきます。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

・ お客様が介護保険施設に入所した場合。
・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護・介護予防非該当が非該当（自立）と認定された場合。
・お客様がお亡くなりになった場合。
・ お客様が遠隔地に転居された場合。

6　当社の指定訪問介護及び介護予防・日常生活支援総合事業サービスの特徴等

（1）運営の方針
事業の実施にあたっては、利用者の意志及び人格を尊重して常に利用者の立場に立ったサービス の提供に努めるものとする。
事業所の従事者は、利用者がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営む事が出来るよう、生命全般にわたる援助を行うことにより
利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持、並びに利用者の家族の身体的、精神的負担の軽減を図る。
事業の実施にあたっては地域との結びつきを重視し、市町村及び他の
居宅サービス事業者、並びにその他の保険医療サービス及び福祉サービスを提供するものとする。

（2） 訪問介護利用にあたっての留意事項
　指定訪問介護及び介護予防・日常生活支援総合事業の提供にあたって、訪問介護計画及び介護予防・日常生活支援総合事業計画に基づき、利用者が日常生活を営む上で必要な援助を行う。
訪問介護従事者は、指定訪問介護及び介護予防・日常生活支援総合事業の提供にあたっては親切丁寧に行う事を旨とし、利用者またはその家族に対し、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う。
指定訪問介護及び介護予防・日常生活支援総合事業の提供にあたっては、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う。
指定訪問介護及び介護予防・日常生活支援総合事業は、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。
特に、認知症の状態にある要介護者等に対しては、必要に応じその特性に対応したサービスの提供が出来る体制を整える。

7　緊急時の対応方法
サービスの提供中に容態の変化等あった場合は、事前の打ち合わせにより主治医、救急隊、親族、担当ケアマネージャー、ご家族へ速やかに連絡行い、お客様の安全第一を考えて行動いたします。

8　事故発生時の対応方法
サービスの提供中に事故等が有った場合は、事前の打ち合わせ また 事故、緊急時マニュアルに従い、所定の方法にて消防署へ救急車の出動要請 また警察、担当ケアマネージャー、ご家族への連絡を速やかに行い、
お客様の安全第一を考えて行動いたします。

9　非常災害対策
当事業所は、非常災害に関する具体な計画を立て、非常災害に備えるため年2回の避難、救出、その他必要な訓練をおこなうものとする。

サービスの提供中に事故等があった場合は、事前の打ち合わせや、また事故、緊急時マニュアルに従い、所定の方法にて消防署へ救急車の出動要請また警察、担当ケアマネージャー、ご家族への連絡を速やかに行う。
お客様の安全第一を考えて行動いたします。

10　秘密保持

① 事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。
② 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。
③ 事業者は、利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該家族の個人情報を用いません。
④ 個人情報を使用した場合の会議、相手方、内容等の経過を記録いたします。
⑤ 従業者であった者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を従業者との契約の内容とする。

11　虐待防止について

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、次の措置を講ずるよう努めるものとします。サービス提供中に、当核事業所従事者は（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者を発見した場合は速やかに、居宅介護支援担当者、市町村に通報するものとします。

12　事業継続計画の策定等について

の事業所は、感染症又は非常災害の発生時において利用者に対し指定訪問介護を継続的に実施するための、早期業務再開を図るための計画を策定、事業継続計画に従い必要な措置を講じ、訪問介護員に対し事業計画に基づいて周知するとともに必要な研修訓練を定期的に実施するものとします。定期的に業務計画の見直しを行い必要に応じて業務計画の変更を行うものとします。

13　衛生管理について

訪問介護等の清潔の保持及び健康状態について、定期的健康診断等の必要な管理を行うと共に、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事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないよう、感染症の予防及び蔓延の防止対策を検討するものとします。

14　ハラスメントについて

事業所は、適切な指定訪問介護の提供を確保する観点から職場において行われる性的な変動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより介護員の就業環境が害されることを防止するため必要な措置を講ずるものとします。

介護サービスを困難にし、関わった訪問介護員の心身に悪影響を与えます。カスタマハラスメントにあたる下記の様な行為があった場合は状況によってはサービスを重要事項に基づき介護サービスの提供を停止させて頂く場合があります。

①性的な話をする。必要もなく手を触る等のセクシャルハラスメント行為。
②特定のヘルパーに嫌がらせをする。理不尽なサービスを要求する。
③叩く、つねる、払いのける等の精神的暴力。
④長時間の電話、ヘルパーや事業所に対して理不尽な苦情を申し立てる等の行為 。

15　サービス内容に関する相談・苦情

当事業所は、その提供したサービスに関する契約者からの苦情に関して、重要事項説明書通り苦情を受け付ける窓口を設置して適切に対応するものとします。

当社の概要

名称・法人種別	株式会社　しらかみ長寿の里
代表者役職・氏名	代表取締役社長　小 林 正 信
法人所在地	秋田県能代市落合字古悪土 1－217
電話番号	0185－89－5631

定款の目的に　　1　介護保険法に伴う訪問調査、ケアプラン作成及び

定めた事業　　調整に関する業務。
２ 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、通所介護、福祉用具貸与、短期入所生活介護、認知症対応型共同生活介護 特定施設入所者生活介護に関する在宅介護業務。
３ 在宅介護に関する相談、調整業務。
４ 老人介護食、医療食に関する開発、研究及び販売。
５ 健康管理及び健康増進に関するコンサルティング業務。
６ 臨床検査の受託業務。
７ 医療スタッフ紹介に関する業務。
８ 医療用機器、介護用機器の製造、販売、輸出入、及び賃貸に関する業務。
９ その他 これに付随する業務。

令和　　年　　月　　日

事 業 者　　株式会社　しらかみ長寿の里
所 在 地　　秋田県能代市落合字古悪土 １－２１７
名　　称　　ヘルパーステーションまつばら
サービス提供の所在地　　秋田県能代市落合字古悪土１－２１７
説 明 者 所 属　　ヘルパーステーションまつばら
説 明 者 氏 名　　㊞

＜ご利用者＞　住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜ご利用者＞　氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

＜ご家族代表者＞
住 所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞