

ヘルパーステーション かいごの花みずき

重要事項説明書

有限会社 Grac i a s

1 訪問介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	有限会社 Gracias
代表者名	清川 伸子
所在地連絡先	〒852-8116 長崎市平和町17番7号 TEL：095-842-8732 FAX：095-842-8733

2 事業所の概要

(1) 事業所の名称・指定番号およびサービス提供地域

事業所名	ヘルパーステーション かいごの花みずき
所在地連絡先	〒852-8112 長崎市本尾町2番32号206 TEL：095-842-8737 FAX：095-800-6621
介護保険番号	4270135462
管理者氏名	岩崎 陽子

(2) 事業所の職員体制

2025年4月1日現在

		人数	常勤	非常勤	職務内容
管理者		1			業務・従業者管理
サービス提供責任者		2	2		技術指導・計画書作成
訪問介護員	介護福祉士	11	2	9	訪問介護
	介護職員基礎研修	1		1	訪問介護
	実務者研修	2		2	訪問介護
	2級ヘルパー	9		9	訪問介護
	看護師	3		3	訪問介護
	准看護師	2		2	訪問介護

(3) 職員の勤務体制

	勤務体制
管理者	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）常勤で勤務
サービス提供責任者	正規の勤務時間帯（9：00～18：00）常勤で勤務
訪問介護員	早番 日勤（9：00～18：00） 夜勤

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	長崎市（江平・山里包括支援センターエリアのみ）
---------	-------------------------

(5) 営業時間

営業日	月曜日～金曜日 利用の希望により対応する。
営業時間	9：00～18：00
	電話等により24時間常時連絡が可能な体制とする。

3 サービスの内容

種類	内容	手順
① 身体介護型	食事介助	嚥下や水分チェック等に注意しながら介助を行います
	入浴介助	入浴および入浴できない場合の清拭の介助を行います
	排泄介助	トイレ誘導おむつ交換等を行います。
	口腔ケア	食後等口腔内を清潔に保つため、ブラッシング等を行います
	衣服着脱介助	入浴・起床時等に下着から衣服全般にわたって着脱の介助を行います
	体位交換	寝たきり状態にある方に対し、褥創予防等のため、体位交換を行います
	移動・移乗介助	ベッドから車イス等への移乗、外出時等の歩行の介助を行います
② 生活援助型	買物介助	調理に必要およびその他必要に応じた買物の代行を行います
	調理介助	下ごしらえから献立、配膳および下膳を行います
	掃除介助	生活している部屋を掃除し、整えます
	洗濯介助	衣類を洗濯します
	寝具等の整理	清掃のみならず、シーツ交換や布団干し、ベッドメイキング等、寝具の衛生保持を行います

4 費用

(1) 介護保険給付対象サービス

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金が利用者の利用料となります。

訪問介護利用料金表

1 身体介護型	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分増すごと
1割	167円	250円	396円	579円	84円
2割	333円	499円	791円	1,158円	168円
3割	500円	748円	1,186円	1,737円	252円

2 生活援助型	20分以上 45分未満	45分以上
1割	183円	225円
2割	366円	450円
3割	549円	674円

- 身体介護の訪問介護を行った後に引き続き、20分以上45分未満の生活援助中心の訪問介護を行ったときは「1 身体介護型」の料金に1割負担の方は132円、2割負担の方は265円、3割負担の方は398円を加算します。

夜間（午後6時から午後10時） 早朝（午前6時から午前8時）の加算	上記の額に1回につき25%加算します
深夜（午後10時から午前6時）の加算	上記の額に1回につき50%加算します

- *上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、ご利用の居宅サービス計画に定められサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

*介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談下さい。

*介護保険適用の場合でも、保険料の延滞等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は1ヵ月につき料金の利用料金をお支払い下さい。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

*利用者の身体的理由もしくは暴力行為等の事情があり、かつ利用者またはその家族等の同意を得て、訪問介護員が2人で訪問する場合は、2人分の料金となります。

総合事業（訪問型）利用料金表 <介護福祉士 1・2級ヘルパー利用の場合>

対象	利用頻度他		1ヶ月の料金	
			1割	1,201円
訪問型サービスⅠ	週1回程度の利用が 必要な場合	要支援1 要支援2	2割	2,402円
			3割	3,603円
			1割	2,399円
訪問型サービスⅡ	週2回程度の利用が 必要な場合	要支援1 要支援2	2割	4,797円
			3割	7,195円
			1割	3,806円
訪問型サービスⅢ	週2回を超える程度の 利用が必要な場合	要支援2	2割	7,611円
			3割	11,416円
			1割	3,806円

*1回の訪問時間は、1時間以下となります。

*上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、ご利用の居宅サービス計画に定められサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

*介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談下さい。

*介護保険適用の場合でも、保険料の延滞等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は1ヵ月につき料金の利用料金をお支払い下さい。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

加算

種類	加算額					
	1割	205円	2割	409円	3割	613円
初回加算	1割	205円	2割	409円	3割	613円
緊急時訪問加算（介護予防は除く）	1割	103円	2割	205円	3割	307円
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	上記介護保険利用料の合計に18.2%加算します。					

(2) 介護保険給付対象外サービス

種類	利用料
生活援助3（日中）	2,500円/1時間
身体介護1（日中）	3,000円/30分
身体介護1（夜朝）	3,500円/30分
身体介護1（深夜）	4,000円/30分

(3) 交通費

2の(4)の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域にお住まいの方は交通費の実費が必要となります。

(4) その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道・ガス・電気・電話等の費用は、利用者の負担となります

(5) キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料を頂きます。

ただし、利用者の入院・緊急やむを得ない理由がある場合は不要です。

利用日の前日午後5時迄に連絡があった場合	無料
利用日の前日午後5時以降に連絡があった場合	生活介護 1,500円 身体介護 2,000円

(6) 利用料等のお支払い方法

毎月20日までに前月分の請求を致しますので、その月の27日までに下記口座へ振込みをお願い致します。

金融機関口座自動引き落としの利用も可能です。

口座振替の場合は毎月27日に引き落としされます（金融機関休業のときは翌営業日）

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

要介護者の心身の特性をふまえて、その有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、援助を行う。

(2) 運営方針

関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携を図り総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(3) その他

24時間電話連絡を受け付けています。

事項	内容
訪問介護計画の作成および事後評価	利用者の日常全般の状況および希望をふまえて、「居宅サービス計画」に沿って「訪問介護計画」を作成します。
従業員研修	年 1 回の研修を行っています

6 サービス内容に関する苦情相談窓口

当事業所利用者様相談窓口	窓口責任者 岩崎 陽子 苦情解決責任者 岩崎 陽子 ご利用時間 9:00~18:00 ご利用方法 TEL: 095-842-8737 面接 当事業所内相談室 苦情箱 当事業所内各階に設置
第三者委員	江口 泰介 平和町自治会副会長 TEL: 095-844-1689 丸尾 雄二 TEL: 095-879-2257

行政機関	長崎市介護保険課 TEL：095-825-5151 長崎県長寿社会課 TEL：095-895-2453 長崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情処理係 TEL：095-826-1599 西彼杵郡長与町介護保険課 TEL：095-883-1111 西彼杵広域連合介護保険課 TEL：0959-29-5051 諫早市高齢介護課 TEL：0957-22-1500 お住まいの市町村の介護保険課
------	---

7 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医・救急隊・緊急連絡先（家族等）・居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡します。

主治医	病院名
	所在地
	氏名
	TEL
緊急時連絡先（家族等）	住所
	氏名
	TEL

8 事故発生時の対応

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者に連絡を行うとともに必要な措置を講じる。

9 賠償責任

賠償すべき事態が発生した場合は、速やかに賠償を行う。

10 担当のサービス提供責任者

担当するサービス提供責任者は_____ですが、やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡致します。

11 利用者へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示して下さい。

12 虐待の防止の為に措置に関する事項

施設は、虐待の発生又はその再発を防止するため、以下の措置を講じる。

- 一 虐待の防止のための対策を検討する委員会（身体拘束虐待防止委員会）を設置し定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図る。
- 二 虐待の防止のための指針を整備する。
- 三 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的開催するために研修計画を定める。
- 四 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。虐待防止担当者は施設長とする。
- 五 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合には、再発の確実な防止策を講じるとともに、市町村に報告する。

13 身体拘束等の原則禁止

施設は、原則として利用者に対し身体拘束を行わない。但し、自傷他害の恐れがある等緊急やむを得ない場合は、施設長が判断し、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行うことがある。この場合には、事業所がその様態及び時間、その際の利用者の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録することとする。

14 業務継続に向けた取り組み

施設は、感染症や自然災害が発生した場合でもサービス提供が継続出来る様、業務継続計画を策定するとともに、当該計画に沿った研修及び訓練を実施する。

2 施設は、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。

15 感染症の予防及びまん延の防止の為の措置

施設は、感染症の予防及びまん延防止の為、以下の措置を講ずる。

- 一 感染症の予防及びまん延防止の為の対策を講じる委員会（感染防止委員会）を設置し、定期的に開催するとともにその結果について、従業員に周知徹底を図る。
- 二 感染症の予防及びまん延防止の為の指針を整備する。
- 三 職員に対し、感染症の予防及びまん延防止の為の研修を定期的に開催する為に研修計画を定める。
- 四 前三号を実施する為の担当者を置く。感染症予防及びまん延防止の担当者は施設長とする。
- 五 法令で定められている流行性の感染症が施設内で発生した場合は、行政への報告をはじめ、適切な対応を講ずる。

16 ハラスメント防止に向けた取り組み

施設は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向けての措置を講ずる。

事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為を組織として認めない。

- 一 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
 - 二 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - 三 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為
- 上記は、当該法人職員、取引先事業者の従業員、利用者及びその家族等が対象となる。

2 ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討する。

3 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について入社時に研修を実施する。

4 定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努める。

5 ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じる。

6 ハラスメント防止の相談窓口は施設長とし、責任者は事務長とする。

年 月 日

当事業所は、利用者へのサービス提供開始に当たり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業所住所 長崎市本尾町2番32号206
事業所名 ヘルパーステーション かいごの花みずき
事業所番号 4270135462
事業所管理者 岩崎 陽子

説明者 _____

私は、重要事項説明書に基づいて、事業所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 _____

(代筆した場合) 氏 名 () 続柄 ()

代筆理由 ()

代理人(選任した場合) 住 所 _____

氏 名 _____

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところ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 使用する目的
利用者のための介護サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合
- 2 使用する事業者の範囲
介護サービス計画書に定められる事業者・医療機関・行政
(通所サービス・訪問サービス・福祉用具・短期入所サービス等の介護保険事業者)
- 3 条件
(1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外のものに漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
(2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

年 月 日

有限会社 Gracias
ヘルパーステーション かいこの花みずき 殿

利用者 住所 _____

氏名 _____

代筆者 住所 _____

続柄 _____

氏名 _____

代筆の理由 _____ のため

代表家族 住所 _____

続柄 _____

氏名 _____