

喜楽苑ホームヘルプ事業所
重要事項説明書

社会福祉法人 清 心 会

重 要 事 項 説 明 書

当事業所のサービスをご利用いただくにあたり、重要な事項をご説明いたします。

1. 事業者の概要

指定事業者番号	居宅介護・同行援護 重度訪問介護	4 2 7 0 1 0 1 1 2 6
事業者の名称	喜楽苑ホームヘルプ事業所	
事業所の所在地	長崎市末石町154番地1	
代表者名	理事長 向井 敦朗	
管理者	江 口 恵 美	
電話番号	(095) 878-2970	
サービスを提供する地域	通常、事業の実施地域は長崎市の以下の地域とする。(以下の地域以外に関しては相談に応じます) 磯道町・江川町・大山町・上戸町・京太郎町・草住町・毛井首町 小ヶ倉町・国分町・小菅町・竿浦町・三和町・新小ヶ倉町・新戸町 末石町・ダイヤモンド・為石町・大籠町・香焼町・蚊焼町・川原町 椿が丘町・鶴見台・土井首町・戸町・布巻町・晴海台町・平瀬町 平山町・深堀町・古道町・柳田町	

2. 職員体制

資格の種類	員 数	常 勤	非常勤	(うちサービス提供責任者)
総 数	37名	13名	24名	11名
介護福祉士等	23名	11名	12名	11名
ヘルパー2級等	13名	1名	12名	0名
実務者研修修了	1名	1名	0名	0名
ガイドヘルパー	11名	3名	8名	3名

(令和8年6月現在)

3. 営業時間

営 業 日	年 中 無 休
事業所営業時間	平日 9:00～19:00 土日 9:00～18:00 (電話により24時間連絡可能)
サービス提供時間	月～金 9:00～17:00

4. サービスの概要

種 類	内 容
身体介護	利用者の身体に直接接触して行う入浴・排せつ・食事の介助等と日常生活に必要な機能向上等の為の介助・専門的な援助をいいます。
生活援助	日常生活に支障が生じないように行われる <u>調理・洗濯・掃除 等</u>を行います。 このサービスは、支援が必要な利用者が一人暮らしである、又は同居されるご家族が障害・疾病（及び同様のやむを得ない事情）の為、調理・洗濯・掃除等の家事を行うことが困難な場合に限り提供されることになっています。 <u>但し、次にあげるサービスは提供できかねますので、予めご了承ください。</u> ×ご家族の為の調理・洗濯・布団干しなど ×正月や節句などの特別な手間のかかる調理 ×利用者ご本人が使用しない居室などの掃除 ×来客の接待、洗車等 ×草むしり・植木の水やりや手入れ・ペットの世話 ×家具等の移動・修繕・模様替え・大掃除・ワックスがけ 窓拭き（大掃除的なもの）・家屋の修理など

5. 居宅介護計画書

(1) 利用者の状況、希望等そって、実際に提供する居宅介護サービスの内容について詳しく提示するものです。サービス提供責任者が作成します。 (2) サービス提供責任者は、立案した計画が実施されているか点検し、利用者の希望にも配慮して、必要に応じて計画を変更します。 (3) 計画変更の際はお知らせします。また、提供するサービスが介護給付費支給量を超えてしまうには、内容及び料金等について説明し同意を得ます。

6. 基本料金表（令和8年6月1日）

サービス内容	提供時間	A) 保険給付	B) 利用者負担
・身体介護 ・通院介助（身体型）	①30分未満	2, 335円	260円
	②30分以上1時間未満	3, 682円	410円
	③1時間以上1時間半未満	5, 350円	595円
	④以降、30分毎に加算あり		
・家事援助（抜粋） ※必要に応じて30分以上は 15分刻みのサービス提供可	①30分未満	961円	107円
	②30分以上1時間未満	1, 795円	200円
	③1時間以上1時間半未満	2, 510円	279円
	④以降、30分毎に加算あり		
・同行援護	①30分未満	1, 740円	194円
	②30分以上1時間未満	2, 748円	306円
	③1時間以上1時間半未満	3, 966円	441円
	④以降、30分毎に加算あり		
・重度訪問介護（抜粋）	①1時間未満	1, 694円	189円
	②1時間以上1時間半未満	2, 519円	280円
	③1時間半以上2時間未満	3, 362円	374円
初回訪問時加算（初回訪問時のみ）		1, 832円	204円
緊急時訪問時加算（月2回まで）		916円	102円
お 支 払 い の 上 限 月 額		受給者証に記載された金額の通り	
支給量を超えて利用された場合		上記A) + B) の金額	
割増料金	2人対応	通常料金の2倍	
	夜間（18:00～20:00） 早朝（6:00～8:00）	通常料金の25%増	
	深夜（22:00～6:00）	通常料金の50%増	
キャンセル料	サービス利用の前日 18時迄にお知らせ頂いた場合	無料	
	当日キャンセル及び 訪問後ご不在の場合	1, 000円 (但し体調の急変、緊急入院の場合を除く)	

7. 料金支払い方法

支 払 期 日	利用月の 翌々月の12日 (例 1月利用→2月27日頃ご請求→3月12日支払期日) 但し、12日が金融機関休業日の場合は、直後の営業日となります。
支 払 方 法	次のいずれかをお願い致します。 A)ご指定の金融機関からの自動引き落とし(手数料不要) B)現金持込み、又は現金書留によるご送金・指定口座への振り込み(手数料は、利用者負担となります)

8. 苦情及び(緊急時)相談窓口

事業所の連絡先	苦情・相談受付担当者 及び緊急時連絡窓口		管 理 者	江 口 恵 美
	苦情解決責任者		理 事	浦 岡 健 一
	受 付 時 間	24時間受付 (上記以外の者でも受け付けます) 電 話 095－878－2970 (直通) 095－878－7667 (代表)		
第三者委員会	松尾 英昭		095－878－8037	
	高木 栄子		080－4313－2608	
長崎市役所障害福祉課			095－829－1141	
長崎県運営適正化委員会			095－842－6410	

9. 緊急時等における対応方法

- (1) 当事業所の訪問介護員等が訪問中に、利用者の体調急変や事故等による緊急事態が発生した場合、速やかにご家族等に連絡するとともに、必要に応じ主治医への連絡・救急搬送等の対応を行います。
- (2) 当事業所の訪問時間外においては、上記窓口にて電話による対応を行い、利用者の緊急度合いにより、関係機関と連携し対応します。

10. 緊急連絡先（万が一に備えてご連絡先をご記入下さい）

医療機関	医 療 機 関 名	
	電 話 番 号	
	主 治 医 氏 名	
ご家族等	氏 名（続柄）	（ ）
	電 話 番 号	

11. 虐待防止について

- （1）利用者の人権の擁護、虐待当の防止の為に次の措置を講じます。
- ① 虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
 - ② 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
 - ③ その他虐待防止のための必要な措置
- （2）事業所は、サービス提供中に当該事業所従業者又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護するもの）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します。

12. 身体拘束等の禁止

- （1）利用者もしくは利用者の生命または身体を保護するため緊急やむ得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（「身体拘束等」という）を行わないものとします。
- （2）身体拘束を行う場合には、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得ない理由その他必要な事項を記録するものとします。
- （3）身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。
- ① 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的な開催及びその結果について従業員への周知徹底を行います。
 - ② 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
 - ③ 従業員に対する、身体拘束など適正化のための研修を定期的を実施します。
 - ④ 虐待の防止に関する措置を適切に実施するための担当者を選任します。

13. 事業継続計画について

- （1）事業所は、感染症や非常災害の発生時について、利用者に対する指定訪問介護事業所の提供を継続的に実施するため、また、非常時の体制で早期の業務再開を図る為の計画（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。

1 4. 衛生管理について

- (1) 感染症の予防及びまん延防止に努め、感染防止に関わる会議等においてその対策を協議し、対応指針などを作成し掲示を行います。
- (2) 研修会や訓練を実施し、感染対策の資質向上にと努めます。

1 5. ハラスメント防止規程

事業所は、従業員に対しセクシャルハラスメント、パワーハラスメント、ケアハラスメント及びカスタマーハラスメントを防止するため、次の措置を講ずるものとする。

- (1) ハラスメントを許さないことを宣言する。
- (2) ハラスメントが発生しないように雇用管理上の必要な措置を講じる。
- (3) ハラスメントの事実が認められた場合には、その内容や状況に応じて、適切かつ迅速に配置換え、懲戒処分等の措置を講じる。
- (4) 相談・苦情を申し入れた職員のプライバシーを厳守し、不利益な取扱を行わない。

【説明確認】

以上、居宅介護サービスの提供開始にあたり、重要事項を説明しました。これを証明するため本書2通を作成し、利用者、事業者が署名捺印の上、1通ずつ保有するものとします。

説 明 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(事 業 者)

〈 住 所 〉

_____ 長崎市末石町154番地 1

〈 名 称 〉

_____ 社会福祉法人 清 心 会 喜楽苑ホームヘルプ事業所

〈 代 表 者 〉

_____ 理 事 長 向 井 敦 朗 印

〈 説 明 者 〉

_____ 印

(利 用 者)

私は、重要事項説明書の説明を受け、その内容を確認し同意します。

〈 住 所 〉

_____ 印

(利用者の代理人)

〈 住 所 〉

_____ 印
