

障害福祉サービス重要事項説明書

(令和6年3月31日現在)

1. 事業者

事業者の名称	合同会社HANA
事業者の所在地	長崎市小江町2734番地21
法人種別	合同会社
代表者名	代表社員 花川雪子
設立年月日	平成25年3月15日
事業所	ヘルパーステーション花 訪問介護・介護予防訪問介護 居宅介護・重度訪問介護

2. ご利用の事業所

事業所の名称	ヘルパーステーション花
事業所の種類	居宅介護・重度訪問介護 4210102622 平成25年5月1日指定
事業所の所在地	長崎市小江町2734番地21
管理者の氏名	花川雪子
電話番号	095-894-5353

F A X 番号	0 9 5 - 8 9 4 - 5 3 8 3
----------	-------------------------

3. 事業の実施地域

実施地域	長崎市（離島を除く。）中央地域（茂木地域を除く）、西浦上地域、滑石地域、三重地域、琴海地域、，西彼杵郡時津町，西彼杵郡長与町
------	--

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	居宅介護事業，重度訪問介護事業，同行援護事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関することを定め，事業所の従事者が，支給決定を受けた障害者又は障害児に対し，適正な障害福祉サービスを提供することを目的とする。
施設運営の方針	<p>1. 利用者が居宅において日常生活を営むことができるよう，当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて，入浴，排せつ及び食事等の介護，調理，洗濯及び掃除等の家事，生活等に関する相談及び助言並びに外出時における移動の介護その他の生活全般にわたる援助を適切に行う。</p> <p>2. 事業の実施にあたっては，市町，地域の保</p>

	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。
--	-------------------------------------

5. ご利用事業所の職員体制

従業者の職種	員数	勤務体制
管理者	1名	—
サービス提供責任者	3名	—
介護福祉士	4名	常勤4名
訪問介護員養成研修2級課程を修了したもの	3名	非常勤3名

6. 営業日，営業時間，サービス提供時間

営業日	月曜日から金曜日 (国民の祝日，8月13日から8月15日，12月30日から1月3日を除く。)
営業時間	午前8時30分から午後5時30分
サービス提供時間	

7. 居宅介護計画（生活サポート）について

<p>当事業所は，居宅介護計画を定めた上でサービスを提供します。居宅介護計画は，市町が支給決定した内容と利用者の意向や心身の状況を踏まえ，提供するサービスの内容やスケジュールを記載します。居宅介護計画は利用者</p>
--

や家族に事前に説明し、同意を頂くとともに、写しを利用者に交付します。
 なお、この計画は必要に応じて見直すことができます。

8. サービスの内容

1. 居宅介護 (身体介護, 家事援助)	自宅での入浴や排泄, 食事などの介助サービスを行います。
2. 重度訪問介護	重度の肢体不自由があり常に介護が必要な方に, 自宅での介護から外出時の移動支援までを総合的に行います。
3. 同行援護	屋外での移動に著しい制限のある方の外出時の介助を行います。移動, 外出先での食
4. 移動支援 (長崎市)	事, 排泄等の介助の他, 視覚に障害のある方の代筆, 代読等を含みます。

9. 利用料金

(別紙) 「ヘルパーステーション花 料金表」のとおりとする。

10. 苦情等申立先

【事業者の窓口】	所在地	長崎市小江町2734番地21
ヘルパーステーション花	電話	095-894-5353
苦情解決責任者: 花川 雪子	FAX	095-894-5383
苦情受付担当者: 松村 まつみ		

虐待防止責任者：花川 雪子	電話	095-894-5353
	FAX	095-894-5383
長崎市 障害福祉課	電話	095-822-8888
西彼杵郡時津町 福祉課	電話	095-882-2211
西彼杵郡長与町 福祉課	電話	095-883-1111
長崎県運営適正化委員会	電話	095-842-6410

1.1. 秘密保持及び個人情報の取り扱い

(別紙) 契約書のとおりとする。

1.2. 記録の保管

(別紙) 契約書のとおりとする。

1.3. 損害賠償

事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

1.4. 損害賠償保険への加入

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
-------	--------------------

15. サービス提供者の禁止行為

- ①医療行為
- ②利用者若しくはその家族等からの金銭又は高価な物品の授受
- ③利用者の家族等に対するサービスの提供
- ④飲酒及び利用者若しくはその家族等の同意なしに行う喫煙
- ⑤利用者若しくはその家族等に対して行う宗教活動，政治活動，営利活動
- ⑥その他利用者若しくは家族等に行う迷惑行為

16. サービス提供実績の記録の実施

- ①サービスの実施毎に，そのサービスの提供日，内容，実績時間数及び利用者負担額等を，サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は，その控えを利用者に交付します。
- ②サービスの実施毎に，サービス提供実績記録票に記録を行い，利用者の確認を受けます。
- ③これらの記録はサービス完結の日から5年間保存し，利用者は，事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。（複写等にかかる費用は実費を負担いただきます。）

(別紙) 「ヘルパーステーション花 料金表」

1. 居宅介護 (1回当たりの目安)

身体介護	(1) 30分未満	259円
	(2) 30分以上1時間未満	410円
	(3) 1時間以上1時間30分未満	595円
	(4) 1時間30分以上2時間未満	679円
	(5) 2時間以上2時間30分未満	764円
	(6) 2時間30分以上3時間未満	848円
	(7) 3時間以上	933円 (30分を増すごとに+85円)
家事援助	(1) 30分未満	106円
	(2) 30分以上45分未満	154円
	(3) 45分以上1時間未満	199円
	(4) 1時間以上1時間15分未満	241円
	(5) 1時間15分以上1時間30分未満	278円
	(6) 1時間30分以上	314円 (15分を増すごとに+36円)

2. 重度訪問介護（1回当たりの目安）

(1)	1時間未満	185円	
(2)	1時間以上1時間30分未満	276円	
(3)	1時間30分以上2時間未満	369円	
(4)	2時間以上2時間30分未満	461円	
(5)	2時間30分以上3時間未満	552円	
(6)	3時間以上3時間30分未満	644円	
(7)	3時間30分以上4時間未満	736円	
(8)	4時間以上8時間未満	823円（30分を増すごとに+87円）	
(9)	8時間以上12時間未満	1515円（30分を増すごとに+87円）	
(10)	12時間以上16時間未満	2202円（30分を増すごとに+82円）	
(11)	16時間以上20時間未満	2860円（30分を増すごとに+88円）	
(12)	20時間以上24時間未満	3554円（30分を増すごとに+82円）	
移動介護加算	(1)	1時間未満	102円
	(2)	1時間以上1時間30分未満	128円
	(3)	1時間30分以上2時間未満	153円
	(4)	2時間以上2時間30分未満	179円

	(5) 2時間30分以上3時間未満	204円
	(6) 3時間以上	255円
重度障害者等の場合		15%増し
障害程度区分6に該当する者の場合		7.5%増し

3. 加算

2人の従業者による場合	100%増し
夜間（午後6時から午後10時）若しくは早朝（午前6時から午前8時）の場合	25%増し
深夜（午後10時から午前6時）の場合	50%増し
緊急時対応加算（月2回を限度）	102円
初回加算	204円
利用者負担上限額管理加算（月1回を限度）	153円

4. その他

利用者負担 上限月額	所得区分		・障害福祉サービス ・移動支援（長崎市）
	一般2	市町村民税課税世帯で、 下記にあてはまらない方	37,200円
	一般1 (18歳以上)	市町村民税所得割が16万 円未満の方	9,300円
	一般1 (18歳未満)	市町村民税所得割が28万 円未満の児童の保護者	4,600円
	低所得	住民税非課税世帯の方	0円
	生活保護	生活保護世帯の方	0円
1. 交通費		事業所から通常の事業の実施地域を	

	越えた地点から実費を徴収する場合があります。
2. キャンセル料	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス利用日の前日 18 時までにご連絡を頂いた場合…不要です。 ・ サービス利用日の前日 18 時までにご連絡がない場合… 1,000 円 <p>※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。</p>
3. サービス記録の複写物の交付	実費を徴収する。
4. 支払方法	<p>サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。（サービスを利用した月の翌月の 15 日頃に請求書を発行します。）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業者指定口座への振込（手数料は利用者負担となります。） <p>十八銀行 滑石支店 店番 192 普通預金 1043136</p> <p>合同会社 HANA</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者指定口座からの自動振替 <p>※やむを得ない場合は、相談に応じて</p>

	現金支払いといたします。
--	--------------

障害福祉サービスの提供開始に際し，利用者に対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者

所在地 長崎市小江町2734番地21

名称 ヘルパーステーション花

説明者 _____ 印

私は，本書面により，事業者から障害福祉サービスについての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用申込者 _____ 住所

氏名 _____ 印

家族（代理人） _____ 住所

氏名 _____ 印