

社会福祉法人福岡愛心の丘 月限愛心の丘ホームヘルパーステーション重要事項説明書

1 法人の概要

事業者の名称	社会福祉法人 福岡愛心の丘
法人所在地	福岡市博多区月隈六丁目16番11号
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 檜田 邦子
電話番号	092-503-9000

2 ご利用事業所

事業所名	月限愛心の丘ホームヘルパーステーション
サービス	訪問介護（福岡市 4070900438号） 福岡市介護予防・日常生活支援総合事業
所在地	福岡市博多区月隈六丁目16番11号
管理者の氏名	管理者 三宅 有子
電話番号	092-503-9000
FAX番号	092-503-8988
第三者評価	当法人では、現在行っておりません。

3 事業の目的と運営方針等

(1) 事業の目的

要介護状態または要支援状態にある高齢者に対して、適切な訪問介護サービスまたは福岡市介護予防・日常生活支援総合事業による訪問型サービスを提供することを目的とします。

(2) 運営方針

事業所の介護職員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことが出来るよう、入浴、排泄、食事等の介護その他の生活全般にわたる援助を行います。また、事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(3) サービスの特徴

ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者一人ひとりの立場に立ったサービスの提供に努めます。

4 事業の実施地域及び営業時間

〈実施地域〉

原則として福岡市内及び粕屋郡内とする。その他の地域については相談に応じるものとします。

〈営業日及び営業時間〉

事業者は、次の日程によりサービス内容区分の中から指定の時間帯に応じて選択されたサービスを提供します。（※時間は相談に応じます。）

曜 日	時 間 帯	休 日
月 ～ 日 (祝日含む)	8:30 ～ 17:30	1月1日

5 事業所の職員体制(令和 年 月 日 現在)

職 種	資 格	常 勤	非 常 勤	計	業 務 内 容
管 理 者					事業所の従業者及び業務の管理を行います。
サービス提供責任者	介護福祉士				訪問介護の利用の申込に係わる調整、訪問介護員等に対する技術指導、訪問介護計画書の作成等を行います

訪問介護員	介護福祉士				訪問介護を行います。
	実務者研修終了者				
	初任者研修修了者 (ヘルパー2級)				

◆ サービス提供責任者等

- (1) サービス提供の責任者は、次のとおりです。サービスについてのご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

氏 名：三宅有子 高山智子 連絡先：(092) 503-9000

- (2) ご利用者に訪問介護サービスまたは介護予防・日常生活支援総合事業による訪問型サービスを提供する当事業所の従業員は、身分証明書を携行し、初回訪問時及びご利用者やご家族から求められた際は、いつでも提示をします。

6 サービス内容

〈訪問介護サービスまたは介護予防・日常生活支援総合事業サービス〉

ご利用者に対しては、次の中から選択されたサービスを、指定の時間帯に応じて提供します。なお、サービス提供に当たっては、「訪問介護サービス計画」または「介護予防訪問介護サービス計画」に沿って、計画的に提供します。

身体介護中心型 サービス	<p>◆身体介護とは、訪問介護員（ホームヘルパー）が ①ご利用者の身体に直接接触して行う介助、並びに ②これを行うために必要な準備及び後始末 ③ご利用者が日常生活を営むのに必要な機能の向上等のための介助・専門的な援助です。具体的なサービスは次のとおりです。</p> <p>①起床介助②就寝介助③排泄介助④衣服の着脱⑤整容介助 ⑥身体の清拭・洗髪⑦入浴介助⑧食事介助⑨体位交換 ⑩服薬の見守り介助⑪通院等介助 ⑫その他（ ）</p>
生活援助中心型 サービス	<p>◆生活援助とは、掃除、洗濯、調理などの日常生活の援助です。主なサービス内容は次のとおりです。</p> <p>①調理②洗濯③住居の掃除・整理整頓④買い物⑤薬の受け取り ⑥衣服の入れ替え⑦その他（ ）</p>

〈介護予防型訪問サービス〉

- ① 訪問型サービスⅠ・・・週に1回程度（事業対象者及び要支援 1.2 を対象）
- ② 訪問型サービスⅡ・・・週に2回程度（事業対象者及び要支援 1.2 を対象）
- ③ 訪問型サービスⅢ・・・上記を超える利用（要支援 2 を対象）

7 利用者負担金

(1) 利用者負担金

当該サービスを利用した場合の利用料について、そのサービスが法定代理受領サービスであるとき、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとします。

ただし、介護保険の適用がない場合や介護保険での給付の範囲を超えたサービス費は、事業者が別に設定し、全額がご利用者の負担となります。

《訪問介護料金表》

身体介護（所要時間）	単位数	利用料	1 割負担	2 割負担	3 割負担
			自己負担	自己負担	自己負担
20分未満	163 単位	1,744 円	175 円	349 円	524 円
20分以上30分未満	244 単位	2,610 円	261 円	522 円	783 円
30分以上1時間未満	387 単位	4,140 円	414 円	828 円	1,242 円
1時間以上1時間30分未満	567 単位	6,066 円	607 円	1,820 円	1,820 円
1時間30分以上（1時間から計算して30分増すごとに6,066 円に877 円を加算）	82 単位	877 円	88 円	176 円	264 円

生活援助(所要時間)	単位数	利用料	1 割負担	2 割負担	3 割負担
			自己負担	自己負担	自己負担
20分以上45分未満	179 単位	1,915 円	192 円	383 円	575 円
45分以上	220 単位	2,354 円	236 円	471 円	707 円

身体介護・生活援助 (所要時間)	単位数	利用料	1 割負担	2 割負担	3 割負担
			自己負担	自己負担	自己負担
20分以上45分未満	65 単位	695 円	70 円	139 円	209 円
45分以上70分未満	130 単位	1,391 円	140 円	279 円	418 円
70分以上	195 単位	2,086 円	209 円	418 円	626 円

《訪問型サービス料金表》

介護予防型 サービス費 訪問	単位数	利用料	1 割負担	2 割負担	3 割負担
			自己負担	自己負担	自己負担
週1回程度の利用が必要な場合	1,176 単位	12,583 円	1,259 円	2,517 円	3,775 円
週2回程度の利用が必要な場合	2,349 単位	25,134 円	2,514 円	5,027 円	7,541 円
上記を超える利用が必要な場合	3,727 単位	39,878 円	3,988 円	7,976 円	11,964 円

《加算サービス料金表》

加 算 項 目	サービス費
2人訪問	所定の金額の2倍
夜間訪問(午後 6時～午後10時まで)	所定の金額の25%を加算
早朝訪問(午前 6時～午前 8時まで)	所定の金額の25%を加算
深夜訪問(午後10時～午前 6時まで)	所定の金額の50%を加算
特定事業所加算(Ⅰ)	所定の単位数の20%を加算
特定事業所加算(Ⅱ)	所定の単位数の10%を加算
特定事業所加算(Ⅲ)	所定の単位数の10%を加算
緊急時訪問介護加算	100 単位を加算
訪問介護初回加算	200 単位を加算
介護職員処遇改善加算	加算要件に応じて所定の単位数に 24.5～14.5%の加算

※上記料金算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、ご利用者の居宅サービス計画に定められた目安の時間を基準とします。

※やむを得ない事情で、かつ、ご利用者の同意を得て2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。

(2) 交通費

指定訪問介護の提供に要した交通費は無料とします。

(3) 利用料金のお支払い方法

事業者は、当月の利用者負担金の請求に明細を付して、翌月10日までに利用者へ請求し、25日(銀行休業日の場合は翌営業日)に口座引落を行います。尚、取り扱い金融機関は西日本シティ銀行又は福岡銀行とし、手数料は事業者負担とさせていただきます。

また、支払いは毎月行なうものとし、隔月などの変則的な支払い方は不可とさせていただきます。

引落口座: ☐ 西日本シティ銀行 ☐ 福岡銀行

(4) 領収書の発行

事業者は、ご利用者から利用者負担金の支払いを受けたときは、領収書を発行します。

(5) その他

ご利用者のお住まいで、サービスを提供するために使用します水道、ガス、電気、電話等の費用につきましては、ご利用者の負担となります。

(6) サービスの変更

サービス利用日はサービス提供票により決定しますが、下記のような場合、変更が行なわれます。またサービス内容に変更があった場合は、各居宅介護支援事業者へ連絡しサービスの調整を行います。

◇ ご利用者が体調不良等、ご都合によりヘルパーをご利用できない場合。

◇ 天候(大雨・大雪等)により、安全に訪問できないため、やむを得ずヘルパーを中止した場合。

〈サービス変更の手順〉

- ① ご利用者、ご家族の都合によりヘルパーのご利用中止。
- ② ご利用者、ご家族より居宅介護支援事業所へ連絡。
- ③ 居宅介護支援事業所より月限愛心の丘ヘルパーステーションへ連絡。

※ ご利用者がなんらかの事情で、サービスの利用を変更される際には、サービス利用前日までに、次の連絡先までご連絡ください。

連絡先(電話) 092-503-9000

(7) キャンセル料

サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求いたします。

- ① ご利用の前日 17:30 までにご連絡をいただいた場合→無料
- ② ご利用の前日 17:30 を超えてご連絡をいただいた場合→600 円
- ③ 当日訪問した時に、ご不在の場合→600 円

※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。

8 個人情報の取扱い

事業者は個人情報を取り扱うのに当たり、各関係法令に基づき、利用目的を特定したうえで適切に取り扱います。

9 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業所などへ連絡をします。

主 治 医	氏 名	
	電 話	
	住 所	
ご 家 族	氏 名	
	電 話	
	住 所	

10 事故発生時の対応

事故等が発生した場合は、速やかに必要な措置を講じるとともに、ご家族、主治医、居宅介護支援事業所、市町村などへ連絡します。また、賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行います。

11 身元引受人の変更

契約中に高齢化やその他の事情により身元引受人の変更をお願いすることがございます。予めご了承下さい。

12 苦情窓口、相談窓口

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所 苦情・相談窓口	相談担当者	三宅 有子
	受付時間	毎日 8:30 ～ 17:30
	電話番号	092-503-9000
	面 接	事業所1階総務にお申し出ください。

第三者委員	大曲 健司 : 連絡先 092-741-7535 井上 正孝 : 連絡先 092-806-8423
-------	--

★公的機関においても、苦情申し出ができます。

市町村介護保険相談窓口 (博多区保健福祉センター福祉・介護保険課)	所在地 福岡市博多区博多駅前 2-8-1 電話番号 092-419-1078 ファックス 092-441-1455
福岡県国民健康保険団体連合会 (国保連)	所在地 福岡市博多区吉塚本町 13-47 電話番号 092-642-7800 ファックス 092-642-7853
社会福祉協議会福祉サービス 苦情相談窓口	所在地 春日市原町 3-1-7 クローバープラザ内 電話番号 092-915-3511 ファックス 092-584-3354
福岡市福祉局高齢社会部 事業者指導課 在宅指導係	所在地 福岡市中央区天神 1-8-1 電話番号 092-711-4257 ファックス 092-726-3328

☆高齢者虐待に関する相談窓口

福岡市福祉局 高齢社会部介護保険課	所在地 福岡市中央区天神1丁目8番1号 電話番号 092-733-5452 FAX 092-726-3328 E-mail j-shido.PWB@city.fukuoka.lg.jp
----------------------	---

13 損害賠償責任保険

保 険 会 社	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保 険 内 容	社会福祉施設総合保険

14 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

- (1) ご利用者がヘルパーの交代を希望される場合には、できる限り対応いたしますので、前記のサービス提供責任者までご相談ください。
- (2) サービス提供の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。
 - ① ヘルパーは、医療行為や年金等の金銭の取り扱いはいたしかねますので、ご了承ください。
(家事援助として行う買い物等に伴う小額の金銭の取り扱いは可能です。)
 - ② ヘルパーは、介護保険制度上、ご利用者(要支援・要介護者)の介護や家事の準備等を行うこととされています。ご家族の方の食事の準備など、それ以外の業務については介護保険外のサービスとなりますのでご了承ください。
 - ③ ヘルパーに対する金銭、商品券、贈り物や飲食等のもてなしはご遠慮させていただきます。

令和 年 月 日

訪問介護サービス、福岡市介護予防・日常生活支援総合事業によるサービスの開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

〈事業者〉

所在地 〒812-0858 福岡市博多区月隈六丁目 16 番 11 号

電話 (092) 503-9000

事業者名 月隈愛心の丘 ホームヘルパーステーション

(指定番号 福岡市 4070900438 号)

代表者 理事長 檜田 邦子

説明者

私は、契約書及び本書面により、事業所から訪問介護サービス、介護予防・日常生活支援総合事業サービスについて重要事項説明を受けました。

〈利用者〉

住所

電話

氏名

〈身元引受人〉

住所

電話

氏名 (続柄)