

重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 福祉情報センター九州
主たる事務所の所在地	〒812-0016 福岡県福岡市博多区博多駅南五丁目8番37号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 金光 伸男
設立年月日	平成22年12月13日
電話番号	092-409-6481

2. 事業所の概要

事業所の名称	ヘルパーステーション 福ちゃんの家	
サービスの種類	訪問介護・訪問型サービス	
事業所の所在地	〒812-0016 福岡県福岡市博多区博多駅南五丁目8番37号MSビル2階	
電話番号	092-409-2525	
指定年月日・事業所番号	平成24年4月1日指定	4070903119
管理者の氏名	金光 千保美	
通常の事業の実施地域	①福岡市	

3. 営業日および営業時間

月～金	午前9：00～午後5：00
-----	---------------

* 祝日および12月29日から1月3日を除きます。

4. 職員体制（兼務含む）

	資格	常勤	非常勤	計
管理者(サ責兼務)	実務者研修	1名	0名	1名
サービス提供責任者	介護福祉士・実務者研修	3名	1名	4名
訪問介護員(サ責含)	介護福祉士・実務者研修・初任者研修 訪問介護員養成研修1級・2級課程 修了者	2名以上	7名以上	9名以上

5. サービス提供の時間帯

	早朝 6：00～8：00	通常時間帯 9：00～18：00	夜間 18：00～22：00
平日・土・日	○	○	○

※時間帯により料金が異なります。

※深夜（22時～翌朝6時）のご利用につきましてはご相談ください。

6. サービスの内容

身体介護	① 食事介助 ② 清拭・入浴介助 ③ 排泄介助 ④ 身体整容 ⑤ 外出・通院 等
生活援助	① 買物 ② 洗濯 ③ 掃除 ④ 薬の受取り ④ 一般的な調理・配下膳 等
その他サービス	① 介護相談 等

7利用料金

介護保険からの給付サービスを利用する場合は基本料金（料金表）に対し、介護保険負担割合証の割合に応じた額とする。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は、介護保険適用の料金を頂き、サービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日区役所の窓口に提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

（１）訪問介護の利用料（要介護１～５の方）

【基本部分】2024年４月から

内 容	１回あたりの所要時間	基本利用料 ※（注１）参照	利用者負担金 （基本利用料の１割の場合）
身 体 介 護	20分未満	1,744 円	175 円
	20分以上 30分未満	2,610 円	261 円
	30分以上 1時間未満	4,140 円	414 円
	1時間以上 1時間 30分未満	6,066 円	607 円
	1時間 30分以上	30分増すごとに 877 円を加算	30分増すごとに 88 円を加算
	引き続き「生活援助」を算定する場合の加算金額	20分以上 45分未満 695 円	20分以上 45分未満 70 円
		45分以上 70分未満 1,391 円	45分以上 70分未満 140 円
		70分以上 2,086 円	70分以上 209 円
生 活 援 助	20分以上 45分未満	1,915 円	192 円
	45分以上	2,354 円	236 円
通院等のための乗車又は降車の介助		1,037 円	104 円

*身体介護 20分未満のサービス利用条件として①夜間、深夜、早朝（午後６時～午前８時まで）であること。
②日中（午前８時～午後６時まで）にサービスを利用される利用者様が、要介護３度～要介護度５である利用者様
③１週間に５日以上、20分未満の身体介護（排泄介助、体位交換、起床、就寝、服薬介助）が必要であること。

（注１）「身体介護」及び「生活援助」において、利用者の同意を得て、同時に２人の訪問介護員等がサービス提供した場合は、上記基本利用料の２倍の額となります。

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（２）介護予防型訪問サービスの利用料（要支援１・２の方） 【基本部分】

サービスの内容 ※身体介護及び生活援助		基本利用料 （１ヶ月あたり） ※（注１）参照	利用者負担金 （基本利用料の１割の場合）
訪問型独自サービス 11	週１回程度の訪問	12,583 円	1,259 円
訪問型独自サービス 12	週２回程度の訪問	25,134 円	2,514 円
訪問型独自サービス 13	週２回を超える程度の訪問 （要支援２のみ）	39,878 円	3,988 円

(3)加算 以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金
初回加算	初回若しくは初回の指定訪問介護を行った日の属する月に指定訪問介護を行った際、サービス提供責任者が訪問介護又は同行訪問した場合	① 2,140円	214円
		② 1,551円	156円
生活機能向上連携加算	サービス提供責任者がリハビリテーション事業所の理学療法士等と同行し、共同して利用者の心身の状況等を評価した上、生活機能向上を目的とした訪問介護計画を作成し、サービス提供した場合（1ヶ月につき）	① 加算Ⅰ 1,070円 加算Ⅱ 2,140円	Ⅰ 107円 Ⅱ 214円
緊急時訪問介護加算 （訪問介護のみ）	利用者や家族等からの要請を受け、緊急にサービスを提供した場合（1回につき）	1,070円	107円
介護職員処遇改善加算Ⅱ ※	当該加算の算定要件を満たす場合	上記基本部分と各種加算の合計の22.4%	
夜間・早朝・深夜加算 （訪問介護のみ）	夜間（18時～22時）又は早朝（6時～8時）にサービス提供する場合	上記基本部分の25%	
	深夜（22時～翌朝6時）にサービス提供する場合	上記基本部分の50%	

（注）※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

①介護予防型訪問サービス ②生活支援型訪問サービス

(4)交通費

前記2のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

サービスを提供する地域以外にお住まいの方はサービス従業者がお尋ねするための交通費の実費を頂きます。

(5)キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。また、介護予防型訪問サービスは、利用料が月単位の定額のため、キャンセル料は不要とします。

（連絡先：ヘルパーステーション福ちゃんの家 TEL：092-409-2525）

キャンセルの時期	キャンセル料
①ご利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の前営業日の17時までに連絡がなかった場合	介護保険にて定める料金の50%

(6)その他

①お客様のお住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、電話等の費用はお客様のご負担になります。

②通院介助などで交通機関を利用した場合、サービス従業者の交通費はお客様のご負担になります。

(8)料金の支払方法

料金の支払方法は、毎月月末締めとし、翌月15日までに当月分の料金を請求いたしますので、当月27日までにあらかじめ指定の方法でお支払いください。

（お支払い方法は、口座自動引落、現金集金、銀行振込の3通りの中からご契約の際に選んでいただきます。なお、銀行振込の場合は、振込手数料はお客様のご負担とさせていただきます。）

8. 事故発生時の対応

利用者に対する指定訪問介護のサービス提供により事故が発生した場合は、区市町村、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行ないます。

9. サービス内容に関する苦情

(1) 当ステーションお客様相談・苦情窓口

担当 管理者 金光 千保美 電話 092-409-2525

(2) その他（当社以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。）

10. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

- ① 医療行為及び医療補助行為
- ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
- ③ 他の家族の方に対する食事の準備 など

(2) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

(3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

(4) まれに、交通事情によりサービス時間が多少前後することがございますが、ご了承ください。

(5) サービス期間中、当事業所のヘルパー養成学校の生徒が同行研修する場合がございますので、ご了承ください。

(6) お客さまのご希望に沿ってヘルパーを決めておりますが固定ヘルパーご希望の場合、必ずしもご希望に添えない場合がございます。やむを得ずヘルパーが変更する場合もございますので、ご了承ください。

11. 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

主治医	医療機関の 名称		主治医名	
	電話番号			
ご家族	氏名		続柄	
	電話番号			

12. 提供するサービスの第三者評価の実施

【実施の有無】	実施無し
【実施した直近の年月日】	
【第三者評価機関名】	
【評価結果の開示状況】	